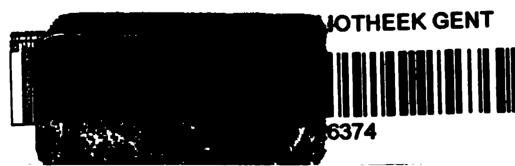

OTHEEK GENT
6374

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

L'ABEILLE ET L'OBSERVATEUR MÉDICAL

RÉUNIS.

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE,

PUBLIÉES

PAR J.-E. LEQUIME,

DOCTEUR EN MÉDECINE, MÉDECIN DES HOSPICES DE PACHÉCO, DES URSULINES ET DE STE.-GERTRUDE, SECRÉTAIRE DE LA COMMISSION MÉDICALE DE LA VILLE DE BRUXELLES, MEMBRE DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS SAVANTES, ETC.

TOME PREMIER.

BRUXELLES,

SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, RUE DE FLANDRE, N° 155.

1839.

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

—

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

RACES HUMAINES;

Par le docteur MEISSER, membre résidant.

(Lues dans la séance du 6 décembre 1838.)

—

A une époque où l'on se hasardait à tracer des règles en l'absence de faits d'observation, on avait posé en principe, qu'on pouvait considérer l'homme comme divisé en trois zones pour la nourriture, l'homme du tropique étant frugivore, l'habitant des pôles carnivore, et les peuples intermédiaires, l'un et l'autre en diverses proportions, suivant le degré de chaleur et de froid, la durée des hivers et des étés.

C'étaient, en effet, d'étranges frugivores que ces Caraïbes, que ces Jagas, que ces hommes de la mer du sud, qui, sous l'équateur, mangent d'autres hommes! C'étaient de singuliers carnivores que ces Groënlandais, qui, sous un cercle polaire, se nourrissent d'un pain fait de lichens, avec de l'écorce de bouleau, et qui boivent avec délices d'une huile rance.

Mais on en était encore aux généralités, et la période analytique n'était pas encore arrivée : plus tard, l'on vit que les formes extérieures n'étant que le dessin apparent de l'organisation intérieure, et la structure intime se trouvant en rapport avec les fonctions que l'individu est appelé à remplir, l'on devait chercher à reconnaître par l'étude des analogies de dispositions extérieures, les facultés et les penchants des différents êtres.

C'est à cette période qu'il faut rapporter les travaux de Porta, de Lebrun, de Lavater, et surtout ceux de Gall.

De nos jours, ce n'est plus d'après la couleur que l'on distingue les espèces du genre *homo* : les faits anatomiques ont heureusement le dessus, et l'on étudie en premier lieu la structure et l'organisation intime, dont le type persiste malgré l'influence du climat.

Quant à l'organisation, il ne faut pas se hâter de l'apprécier d'après des résultats obtenus sur quelques individus, mais bien sur les masses en général. Il ne suffit pas de savoir ce que la nature a pu faire dans quelques cas extraordinaires : ce qu'il importe, c'est de connaître son procédé habituel.

Si nous jetons un coup d'œil sur les végétaux, nous avons la conviction qu'il réside en eux des forces actives qui tendent à conserver le type original.

Nous ne connaissons encore aucune plante phanérogame, dont les organes soient assez flexibles pour s'accommoder à toutes les zones et à toutes les hauteurs. En vain a-t-on prétendu que l'alsine media, la fragaria vesca et le solanum nigrum, jouissaient de cet avantage, qui ne paraît réservé qu'à l'homme et à quelques mammifères dont il est entouré.

L'homme inquiet et laborieux, en parcourant les diverses parties du monde, a forcé un grand nombre de végétaux d'habiter tous les climats et toutes les hauteurs ; mais cet empire exercé sur ces êtres organisés n'a point dénaturé leur structure primitive. La pomme de terre, cultivée au Chili à trois mille six cents mètres (1,936 toises) de hauteur, porte la

même fleur que celle que l'on a introduite dans les plaines de la Sibérie. Les formes caractéristiques des végétaux et des animaux que présente la surface actuelle du globe, ne paraissent avoir subi aucun changement depuis les époques les plus reculées. L'Ibis enfoui dans les catacombes d'Égypte, cet oiseau dont l'antiquité remonte presque à celle des pyramides, est identique avec celui qu'on pêche aujourd'hui sur les bords du Nil, identité qui prouve évidemment que les énormes dépouilles des animaux fossiles que renferme le sein de la terre, n'appartiennent pas à des variétés des espèces actuelles, mais à un ordre de choses très-différent de celui sous lequel nous vivons, et trop ancien pour que nos traditions puissent y remonter.

Il y a donc des types caractéristiques qui persistent à travers une longue série de siècles : c'est ce que prouve l'examen du squelette. Mais un phénomène admirable, c'est la persistance de la langue dans la même espèce.

L'ethnographie, cette branche des connaissances humaines, née de nos jours, sert à rectifier une foule de fausses impressions et à confirmer les données anatomiques. Une comparaison approfondie des langues fait souvent découvrir, dans celles que l'on parle actuellement, les idiomes anciens qui les ont formées, et l'on établit ainsi, dans des pays où, sans ces indices, on ne l'aurait pas soupçonné, une connexion non interrompue entre les anciens habitants et les nouveaux.

C'est ce que l'on reconnaît évidemment, par exemple, chez les Gallois, dont une partie s'est depuis un grand nombre de siècles expatriée pour habiter l'Amérique du nord. D'après les observations faites dans les environs de Baltimore, par le savant Owen Williams, on devrait croire qu'à une époque plus ou moins reculée, et bien antérieure aux voyages d'Americ Vespuce et de Christophe Colomb, des Bretons, des habitants du pays de Galles ont cherché un asile sur l'Océan atlantique, contre la domination des Saxons ; qu'ils ont osé se hasarder sur une mer qui leur était inconnue, dans des barques qu'ils savaient diriger au milieu des vagues agitées ; qu'ils auront chargé leurs embarcations de la plus grande quantité de produits de leur pêche, et que les tempêtes, les courants ou d'autres causes plus ou moins fortuites, les auront poussés vers les rivages du Nouveau-Monde, les moins éloignés de la Grande-Bretagne.

Ces Indiens, qui ont leurs établissements situés vers le 40° de latitude septentrionale et le 80° de longitude occidentale, sont, en général, grands et forts ; ils ont un beau teint : ils connaissent l'usage des lettres, et possèdent nombre de manuscrits touchant leurs ancêtres, habitants d'une île qu'ils nomment *Bryden*. Leur langage est le gallois, qu'ils parlent avec plus de pureté qu'on ne le fait dans la principauté de Galles, attendu qu'il est exempt d'anglicismes. Leur religion est le christianisme, fortement mélangé de druidisme. Leurs traits reproduisent ceux qui distinguent les habitants du pays de Galles.

Le même fait se reproduit à l'égard des Grecs qui, malgré les plus cruelles persécutions, ont conservé leur langue et leur type. (J'ose appeler l'attention sur ce frontal de variété albanaise.)

Il nous serait facile de prouver ce que nous venons d'avancer pour la majeure partie des espèces adoptées de nos jours, mais nous préférons insister sur la description de celles dont il nous est permis d'offrir quelques échantillons.

De tous les peuples célèbres de la terre, le peuple arabe est peut-être le seul qui n'ait pas été subjugué ; aucun ne s'est répandu plus au dehors et plus au loin ; et la parfaite ressemblance de la langue arabe avec celle de plusieurs autres peuples agrandit encore la sphère de ses rapports.

Les traits des juifs sont tellement caractérisés qu'il est difficile de s'y tromper, et comme il s'en trouve dans presque tous les pays de l'Europe, il n'est point de figure nationale plus généralement connue et plus reconnaissable. Depuis des siècles, ils font partie de la population des pays où ils se sont fixés. Comme ils ont conservé leur religion, leurs mœurs et leurs usages, qu'ils ont fait peu d'alliances avec les peuples chez lesquels ils demeuraient, il serait difficile de trouver des conditions plus propres à faire ressortir les effets du climat.

D'abord, le climat ne les a pas assimilés aux nations parmi lesquelles ils habitent ; et ce qu'il y a de plus important, c'est qu'ils se ressemblent tous dans des climats divers. Un juif anglais, français, allemand, italien, espagnol, portugais, est toujours un juif par la figure, quelles que soient les nuances qu'il présente, c'est-à-dire que tous ont les mêmes caractères de formes et de proportions, en un mot tout ce qui constitue essentiellement un type.

Ainsi, les juifs de ces divers pays se ressemblent beaucoup plus entre eux, qu'ils ne ressemblent aux nations parmi lesquelles ils vivent ; et le climat, malgré la longue durée de son action, ne leur a guère donné que des diversités de teinte et d'impression, et peut-être d'autres modifications aussi légères.

Et non-seulement ils se ressemblent entre eux de nos jours, dans toutes les parties du globe où ils se trouvent, mais il est prouvé par des monuments qui appartiennent à une époque très-reculée de l'histoire d'Égypte, qu'ils ont conservé tous les traits de leurs ancêtres.

Pour mentionner une œuvre artistique plus rapprochée de nous, car l'étude des arts se lie ici intimement à la philosophie anatomique de l'homme, nous citerons le chef-d'œuvre de Léonard de Vinci, où l'on reconnaît distinctement les juifs de nos jours, bien que ce chef-d'œuvre ait été exécuté il y a plus de trois cents ans. Aussi, aucun peintre, si ce n'est David, ne cultiva avec autant de zèle l'histoire naturelle que ne le fit le grand peintre auquel nous devons la Cène.

Malgré l'influence du climat, le type arabique s'est conservé sous toutes les zones, et cependant l'on sait combien la chaleur est intense en Égypte. M. Wilson, *History of the british expedition to Egypt*, p. 124, assure qu'en Égypte, le 21 mai 1802, le thermomètre centigrade monta à l'ombre, à Belbeis, pendant le sirocco, à 52 degrés. Il faut croire que le sable répandu dans l'air aura encore contribué à augmenter la température.

Les caractères de l'espèce arabique sont manifestes dans la tête que j'ai l'honneur de montrer à la Société. Sur le crâne, qui appartient à un individu du sexe mâle, on distingue au premier aspect la forme du visage qui est ovale, mais fort allongé aux deux extrémités, de sorte que le menton y est assez pointu par en bas, tandis que le front, très-vaste, se prolonge vers un sommet considérablement élevé. Cette conformation particulière du haut de la tête rendrait raison, si l'on adoptait certaines idées du docteur Gall, de cette exaltation religieuse, de ce penchant au fanatisme qui semble faire la base du caractère moral de l'espèce qui nous occupe. Le nez est prononcé, un peu mince, généralement pointu et aquilin; les os qui le soutiennent, y causent toujours par le milieu de la longueur, une bosse qui n'est pas sans agrément et surtout sans noblesse. Le tempérament bilieux et sanguin domine dans cette espèce où les hommes sont communément de la plus haute taille, tandis que les femmes y sont, au contraire, les plus petites de toutes. Le même caractère se retrouve chez les Espagnoles, particulièrement dans les royaumes d'Andalousie et de Valence où les Arabes ont laissé tant de traces de leur séjour. Dans cette espèce, l'exaltation des idées se peint dans un langage emphatique, rempli de poésie et d'images, mais trop empreint des mouvements d'un génie désordonné.

Si, de cette espèce si remarquable par son intelligence, nous passons *à l'espèce* noire, nous avons franchi un immense intervalle, comme le prouve ostensiblement et bien mieux que ne le peuvent faire toutes les descriptions, cette tête de négresse (1), qui présente des distinctions organiques très-remarquables. La boîte osseuse, qui est très-étroite en avant, aplatie sur le vertex, s'arrondit dans la région postérieure vers laquelle est reculé le trou occipital, et dont la capacité diffère d'un neuvième à peu près en moins de celle du crâne caucasique, les sutures y sont aussi, en tout temps, plus serrées; l'inter-maxillaire et le menton sont inclinés l'un sur l'autre, avec des incisives obliquement implantées; les os du nez sont considérablement aplatis. Le squelette, dans cette espèce, est surtout d'une grande blancheur, comme on peut le remarquer sur cette tête.

M. Sœmmering, le premier, a fait voir que le cerveau, dans cette espèce, était comparativement plus étroit que le nôtre, et que les nerfs à leur origine y étaient, au contraire, bien plus gros. Le sang est évidemment plus foncé, ainsi que la couleur des muscles, de la bile, et généralement de toutes les humeurs : la sueur fétide est aussi plus ammoniacale, et tache le linge.

Le front étroit fuit vers l'arrière et les tempes où les muscles crotaphytes sont fort prononcés; cette partie se ride transversalement de bonne heure. Les cheveux ou plutôt la toison s'y implante en rond, sans former sensiblement les cinq pointes dont le front européen emprunte sa principale beauté. Le nez est gros et épaté; les lèvres fort épaisses et brunâtres : l'intérieur de la bouche est d'un rouge souvent très-vif; les dents proclives, au point de ne pas permettre la prononciation de la lettre R, sont extrêmement blanches et fortes. Cette dernière particularité est précieuse pour les études ethnographiques qui, désormais, sont inséparables des investigations anatomiques.

Ce qui vient d'être prouvé jusqu'à l'évidence pour des espèces bien contrastantes, peut également être admis sous le point de vue des nuances dans notre pays, même dans un habitat très-circonscrit. Nous ne citerons que les rives de la Meuse dans la province de Liége.

Les habitants de la rive gauche (la Hesbaye) ont une taille élevée et une constitution robuste : le tempérament dominant est le lymphatico-sanguin. Les cheveux sont blonds, les yeux bleus, le teint clair. Ceux de la vallée de la Meuse, et spécialement à Liége, sont d'un tempérament plus bilieux. La taille est moins haute. Les cheveux et les yeux noirs sont très-communs. Ces habitants se rapprochent beaucoup des hommes du Midi, et le caractère moral répond en général à ces traits de leur organisation.

Les habitants de la rive droite ont un tempérament bilieux sanguin plus décidé à mesure qu'on s'avance dans les montagnes de la partie sud-est et sud. La taille est petite, les membres trapus et robustes, les cheveux noirs, les yeux bruns et vifs, la peau animée.

Autant il y a de différences dans l'organisation physique entre un habitant de la classe inférieure de la rive gauche et celui de la vallée de la Meuse, autant il en existe au moral. La vivacité des reparties, des mouvements, des saillies, la gaîté propre à ces derniers est telle qu'on les a surnommés depuis longtemps les Italiens du Nord. Quelle différence entre ceux-ci et les habitants du Condroz et de l'Ardenne! patients, laborieux, d'une sobriété remarquable, se contentant de peu, aimant la liberté plus que leur vie, obligeants, ces Belges répondent parfaitement au tableau des montagnards que nous devons au génie d'Hippocrate.

Le langage formé du mélange des langues romane, italienne, française, allemande et anglaise, semble aussi traduire les différences du caractère. Ici, lent, traînant, là, rapide et même harmonieux,

(1) Cette tête a été soigneusement recueillie et préparée par M. J. Thiry, de Herpigny (province de Luxembourg.)

cet idiome, si varié, fournit plus d'une observation précieuse à l'ethnographe qui a étudié les différences que présente l'organisation dans les bimanes.

En nous résumant, nous pouvons donc formuler cette proposition, que le climat n'est qu'une cause secondaire qui agit sur l'organisation, et que, pour arriver à la connaissance du tempérament, il faut tenir compte de l'espèce ou du type que l'on peut reconnaître dans le plus grand nombre des cas par l'inspection de la tête. Nous nous hâtons de répéter que cette proposition est tout à fait en dehors de la doctrine de Gall, qui a pour objet un autre ordre de considérations.

Croup sur-aigu, suivi de rougeole, guéri par l'emploi du bi-carbonate de soude à haute dose. Observation communiquée par le docteur MOURREMANS, membre résidant, dans la séance du 6 août 1838.

De toutes les maladies qui attaquent l'enfance, la plus terrible par son appareil de symptômes et souvent la plus funeste par ses résultats, est l'affection à laquelle on a donné le nom de croup. Aussi chaque peuple a-t-il désigné cette maladie par un nom plus ou moins pittoresque, selon l'idée qu'elle a fait naître à la vue des angoisses du malade : ainsi, les Espagnols l'ont appelée le garotillo; en Italie c'est le male in canna; les uns la nomment cynanche stridula, morbus strangulatorius, angina polyposa, gangrenosa, d'autres ont cru mieux la caractériser d'après les résultats pathologiques, en la désignant une angina laryngea exsudatoria ou diphtérite trachéale. Laquelle de ces dénominations est la meilleure? toutes sont bonnes si elles indiquent des maladies différentes, toutes sont mauvaises si elles doivent caractériser une seule et même maladie. Et ici comme dans presque toutes nos sciences, le vice du langage devient manifeste. Il en est ainsi de cette maladie comme de beaucoup de choses où les hommes, la plupart du temps, sont d'accord sur les faits, rarement sur les mots, mais toujours sur l'imminence du danger.

L'observation suivante est moins intéressante sous le rapport de l'intensité des symptômes, que sous le point de vue des résultats vraiment étonnants de notre médication. Je présente ce travail aux réflexions pratiques des médecins instruits de cette honorable Société, dans le but de leur offrir un moyen efficace pour combattre une maladie à laquelle tant d'enfants succombent malgré les secours de l'art.

Je fus appelé, le 20 mai de cette année, pour donner mes soins à un enfant âgé de deux ans, du sexe masculin, d'une bonne constitution; il avait toujours été bien portant et était né de parents bien constitués. Il toussait depuis deux jours, et avait eu, au dire de la mère, un peu de fièvre. Il est à noter que le printemps a été remarquable en brusques changements dans la température : nous avons eu des chaleurs plus fortes que celles du mois de juillet; après ces quelques jours de haute température, le vent du nord-ouest est venu brusquement altérer la constitution printanière. Le 20, à trois heures de l'après-dîner, l'enfant jouant dans une cour humide, fut pris d'une suffocation imminente, précédée de frissons. Je ne vis le petit malade qu'à six heures du soir. Je le trouvai dans l'état suivant : Il y avait une dyspnée extrême, avec un sifflement de la respiration qu'on entendait à une assez grande distance hors de l'appartement; une toux rauque, sourde, grave et étouffée revenait par quintes rapprochées : et s'il était permis de recourir aux comparaisons, je dirais que la toux ressemblait à l'aboiement précipité d'un gros vieux chien de basse-cour; voix de même nature presque éteinte, inspiration très-sifflante; le petit malade porte fréquemment les mains crispées au cou, qui est gonflé, comme pour arracher quelque chose; face tuméfiée, vultueuse lors des accès, yeux brillants, aphonie avant chaque quinte; expectoration de quelques glaires filantes, mêlées de flocons crémeux; à chaque accès, le petit malade s'élance de son berceau avec anxiété; l'accès passé, il reste couché, craint de parler et semble sommeiller, jusqu'à ce qu'une nouvelle quinte ramène tout le cortége des symptômes effrayants ci-dessus; fréquence dans les inspirations, le pouls marque jusqu'à 160 pulsations par minute. Pendant les courtes rémissions, on entend un sifflement laryngo-trachéal tellement fort, qu'il ne permet pas à l'auscultation d'entendre le bruit de l'expansion des vésicules pulmonaires. C'est aussi avec la plus grande peine que je pus examiner la cavité buccale. La muqueuse pharyngienne était rouge-sang, les amygdales et la luette gonflées étaient parsemées de plaques blanches-grisâtres, qui augmentaient en nombre vers l'isthme du gosier. Ces symptômes déjà effrayants augmentèrent encore à tel point durant tout le temps que je restai près du malade, que je craignis de le voir succomber dans la soirée; aussi j'eus soin d'avertir les parents que je serais forcé de pratiquer la laryngotomie pour sauver le malade, si au bout de quelques heures la maladie ne diminuait pas.

Cette réunion de symptômes offrait évidemment les signes caractéristiques d'une affection croupale pseudo-membraneuse sur-aiguë. Cependant, au premier abord, on aurait pu diagnostiquer une laryngite ordinaire ou muqueuse; mais dans cette maladie, la toux n'est pas sifflante, elle est toujours très-douloureuse et plus aiguë et plus sonore. S'il existe de la suffocation, elle ne se montre pas par accès comme dans le croup. Elle diffère encore par le caractère de la toux. L'angine œdémateuse de la glotte a quelque ressemblance avec le croup; mais il n'y a pas d'aphonie, ni de sifflement laryngé, et la voix n'est pas croupale; la suffocation, d'ailleurs, est permanente dans cette affection. L'orifice de la glotte offre un boursoufflement pathognomoni-

que : l'absence de fausses membranes se remarque dans les deux maladies.

On aurait de même pu confondre la maladie dont il est question, avec une bronchite pseudo-membraneuse aiguë; mais un observateur un peu judicieux, la reconnaîtrait de suite à ses caractères, qui sont ceux d'une bronchite ou d'une pneumonie commençantes. Il est beaucoup moins facile de distinguer le vrai croup des maladies appelées laryngite striduleuse ou pseudo-croup. Ces deux affections ont souvent été confondues par plusieurs auteurs. Au premier abord, il existe quelque ressemblance symptomatique, qui donne souvent le change à celui qui est appelé à donner ses soins aux malades ; mais un examen approfondi et analytique des signes met immédiatement sur la voie et rectifie le jugement du médecin. Car, si dans cette maladie, la toux sèche, sonore, rauque et sifflante, ressemble à celle du croup vrai, elle en diffère en ce qu'elle n'est pas sourde, étouffée, métallique croupale, rentrante, comme formée pendant l'inspiration. Dans le pseudo-croup, le timbre de la voix reste à peu près le même; dans le croup vrai, après les quintes, il y a aphonie ; la voix reste basse, entrecoupée avec un sifflement ; dans la première, les accès sont moins nombreux et laissent des moments de répit aux malades ; c'est l'opposé dans la seconde. Le pharynx, qui est tout au plus rouge, n'offre jamais ni gonflement ni pseudo-membrane.

Ce diagnostic différentiel me fit caractériser un croup sur-aigu qui pouvait emporter le malade dans les douze heures. On nous dit que la maladie une fois reconnue, il n'est plus difficile d'appliquer le remède. Je conteste cette assertion, surtout dans cette terrible maladie. En effet, les nombreuses méthodes, les différents traitements qui, depuis quelque temps, ont été préconisés contre le croup vrai, rendent souvent le médecin perplexe, lorsque le danger imminent le force d'agir. Ce n'est pas le moment alors de faire de la médecine contemplative, mais les moyens les plus actifs, les plus instantanés doivent être employés. Dans le cas actuel que fallait-il faire ? Les saignées copieuses étaient assurément indiquées ; mais les bons observateurs nous démontrent tous les jours que, dans le croup suraigu, si elles n'empêchent jamais la formation de fausses membranes, elles jettent infailliblement le malade dans une grande prostration, tout en le disposant aux réactions nerveuses qui souvent font succomber le malade. Fallait-il mettre en usage les cautérisations tant prônées de nos jours, comme une panacée infaillible dans le croup? mais cette médication tout au plus bonne lorsque la maladie commence seulement par le pharynx, devient, à mon avis, dangereuse lorsqu'elle débute par le larynx, comme les symptômes relatés dans cette observation le font voir clairement ; d'ailleurs, le frottement et l'irritation que l'on produit sur la muqueuse pharyngo-épiglottique, est peu propre à calmer la terrible inflammation de cette muqueuse. Ce moyen n'est utile que dans les affections croupales lentes, et qui parcourent les trois périodes. Les vomitifs, au dire de leurs sectaires, m'auraient peut-être donné le moyen de soulager le malade ; mais les vomitifs, s'ils provoquent une révulsion sur la muqueuse stomacale, en entraînant des lambeaux de fausses membranes, par contre, ils congestionnent de plus en plus la région céphalique. Et s'ils sont utiles lorsque la maladie commence simplement par le pharynx, ils sont nuisibles lorsque le larynx est attaqué. Les mercuriaux tant à l'intérieur qu'à l'extérieur sont souvent avantageusement employés dans ce cas; mais si on leur doit un grand nombre de succès, on les voit quelquefois échouer lorsque les accidents sont pressants, et que la maladie est sur-aiguë. Au surplus, il faut être prudent dans l'emploi de ces médicaments, surtout chez les enfants en bas âge, afin d'éviter la débilité nerveuse et une cacochymie difficile quelquefois à faire disparaître.

Parlerai-je des sternutatoires, des sudorifiques, des purgatifs drastiques, et surtout des affusions froides? Nous ne sommes, heureusement, ni en France ni en Russie ; et ces moyens, si la médecine ose les avouer, ne seraient tout au plus bons que dans le croup chronique, si tant est qu'il en existe, et dangereux dans le croup sur-aigu.

Le peu de confiance que m'inspiraient toutes ces différentes médications, et l'imminence du danger qui exigeait un moyen d'une action quasi-instantanée, me porta à faire usage du bi-carbonate de soude, qui m'avait constamment réussi pour dissiper les symptômes inflammatoires dans les maladies aiguës du poumon. Je ne parlerai ici que du résultat de ma médication, me réservant de présenter dans une prochaine séance un travail détaillé sur le mode d'action de ce précieux médicament.

Je prescrivis deux scrupules de bi-carbonate de soude dans quatre onces d'eau de laitue, avec une once de sirop de mures. Le petit malade prit de cette potion une cuillerée à café toutes les cinq minutes. Des sinapismes, composés de farine de moutarde et de vinaigre, furent appliqués aux jambes; toutes les heures, on passa un lavement purgatif dans lequel il y avait une once de sulfate de magnésie. La température de la chambre fut maintenue à 18° de Réaumur. Je revis le petit malade 2 heures après. Chaque quinte avait expulsé des lambeaux de fausses membranes, ce qui paraissait soulager le malade. Le pouls était moins dur, mais toujours très-accéléré. La mère m'avoua que les quintes n'étaient plus aussi fréquentes. La toux n'avait pas changé de nature, le sifflement laryngo-trachéal persistait toujours. Les jambes étaient rouges. Trois heures plus tard, je trouvai le malade beaucoup mieux; il avait expulsé plusieurs lambeaux de pseudo-membranes; l'anxiété était moindre, les accès de toux avaient bien diminué et d'intensité et de fréquence : il avait rendu deux selles moulées et une liquide. Le pouls était à 120. Le sifflement

laryngo-trachéal persistait toujours. Je fis renouveler la potion ci-dessus, et j'ordonnai à la mère d'en donner toutes les demi-heures une cuillerée à café. Lorsque le lendemain matin, de bonne heure, je visitai le petit malade, il était dans un état satisfaisant; il avait passé une assez bonne nuit. Il avait rendu trois selles liquides. La toux ne revenait plus par quintes. La voix était encore un peu croupale; l'aphonie avait disparu. Le pouls marquait 100 pulsations; plus d'accès de suffocation, le cou dégonflé, le sifflement laryngo-trachéal persiste encore, mais il est beaucoup diminué. L'investigation de l'arrière-bouche me fait voir la muqueuse encore un peu rouge, sans points blancs ni plaques couenneuses. L'enfant était gai et jouait avec son frère. Je fis suspendre l'emploi de la potion, dont plus de la moitié avait été prise. Le petit malade n'a rien voulu boire pendant tout le temps de l'acuité de la maladie. Les deux jours suivants, l'enfant, délivré de tous les symptômes du croup, court dans la chambre de sa mère; il tousse quelquefois dans la journée. A ma visite, le lendemain, je le trouvai plus abattu; il avait de la fièvre, avec éternuement, coryza et vomissement; la mère effrayée, craignait une recrudescence de l'affection croupale; je la rassurai, en lui disant que ces symptômes n'étaient plus les mêmes. En effet, à ma visite du soir, j'aperçus sur le visage, au cou et à la poitrine des petites taches d'un rouge vermeil, et 36 heures après, elles étaient lenticulaires, séparées par des intervalles non colorés: c'était la rougeole; 24 heures plus tard, la maladie morbilleuse s'était développée sur tout le corps. Au bout de quelques jours, le petit malade était tout à fait rétabli.

REMARQUES.

L'observation que nous venons de détailler est remarquable sous le rapport de son caractère suraigu. En effet, dans les maladies croupales, on distingue presque toujours trois périodes: elles ont été confondues en une seule chez notre petit malade. Le groupe des symptômes caractérisant le croup, a fait explosion avec une intensité et une imminence de danger telles que je craignais que le malade n'expirât endéans les 12 heures. Ces cas, de croup quasi-instantanés, sont à la vérité assez rares; on en trouve cependant quelques exemples dans les auteurs qui ont traité *ex-professo* de ces maladies de l'enfance.

Je ne m'arrêterai pas ici pour discuter la valeur de chacun des symptômes de cette terrible et souvent funeste maladie, ce travail ayant été déjà fait souvent et par d'autres plus capables que moi; mais j'insisterai à appeler l'attention des membres de cette honorable Société, sur les résultats vraiment étonnants obtenus par le bi-carbonate de soude à haute dose. Soixante et dix grains à peu près ont été pris par le petit malade, âgé de 2 ans, en moins de 24 heures. Deux heures après l'avoir pris, l'action du médicament s'était déjà fait sentir sur la muqueuse laryngée et pharyngienne. Et au bout de quatre heures, l'action médicatrice était manifeste: une détente avait lieu dans le système circulatoire, le sang circulait plus facilement, la muqueuse vocale se détergeait, le malade était hors de danger. C'était, en effet, l'*occasio præceps* du médecin de Cos. Les rubéfiants, appliqués aux extrémités inférieures, furent employés pour prévenir les accidents nerveux, tout en effectuant une dérivation cutanée. Les lavements purgatifs, tout en dérivant sur l'intestin, activaient l'action absorbante des muqueuses. Les symptômes de la rougeole parurent lorsque ceux de la laryngite pseudo-membraneuse n'existaient déjà plus depuis 48 heures; si elle se fût développée pendant les symptômes croupaux, j'aurais pu diagnostiquer un croup morbilleux, maladie qu'on n'observe que très-rarement; mais tous les symptômes de la rougeole se déclarèrent lorsque le croup avait disparu. Je considère donc ici cette maladie cutanée comme tout-à-fait indépendante de la première.

De la fièvre typhoïde et de son traitement; par le docteur GOUZÉE, médecin principal à Anvers, etc.

Les travaux remarquables dont la fièvre typhoïde a été l'objet dans ces derniers temps et les longues discussions qu'ils ont soulevées, discussions après lesquelles, comme c'est l'ordinaire en pareil cas, chacun a conservé l'opinion qu'il avait avant de s'y livrer, ont montré combien les questions les plus importantes qui se rattachent à cette maladie, sont encore aujourd'hui environnées de doutes et d'obscurité. Un esprit droit sent vivement cette pénible incertitude et il est réduit à se dire avec un ancien sage: *je sais cela que je ne sais rien*, triste et décourageante conclusion à laquelle bien des gens sont heureux de ne pas arriver. Après tant de vains débats et de recherches si peu fructueuses, il serait presque fastidieux de s'occuper de nouveau de ce sujet, si on ne pouvait espérer de fixer quelques points souvent mal arrêtés et d'en ramener d'autres à une simplicité plus grande, qui paraît se rapprocher davantage de la vérité. Ainsi on peut encore, ce me semble, dire quelque chose d'utile sur cette matière, soit en établissant avec plus de précision qu'on ne prend souvent la peine de le faire, ce qu'on doit entendre par fièvre typhoïde, soit en ramenant le traitement de cette maladie à des principes moins systématiques, moins exclusifs, et par conséquent plus conformes aux vues des observateurs qui présument moins de la certitude de leur jugement. Tel est le double but que je me propose dans ce travail.

Et d'abord qu'est-ce que la fièvre typhoïde? Et

pour ne rien préjuger encore sur la nature de cette maladie, à quel groupe de symptômes doit on attacher cette dénomination? Il me semble que la fièvre typhoïde ne doit exister pour le médecin que lorsque la stupeur se manifeste chez un malade dans certaines circonstances données. Le mot typhoïde implique inévitablement l'idée de stupeur, et ne pas regarder cet état comme phénomène nécessaire, comme condition indispensable de l'existence de la maladie, c'est admettre qu'une fièvre intermittente, par exemple, puisse exister sans intermittence, ce qui serait absurde et propre à conduire à la confusion des idées. Il faut remarquer toutefois que ce symptôme peut offrir plusieurs nuances, depuis le regard enivré, l'étonnement, l'indifférence de la physionomie, avec lenteur des réponses et tendance au sommeil, jusqu'au coma profond. A ce symptôme se joignent nécessairement encore l'affaiblissement des forces musculaires et quelques autres phénomènes dont je parlerai tout à l'heure, mais ceux-ci sont moins constants et moins nécessaires pour caractériser la maladie.

Une condition qui me paraît importante encore sous plusieurs rapports, c'est de ne pas confondre la fièvre typhoïde avec la maladie que l'on désignait plus particulièrement autrefois sous le nom de fièvre maligne, nerveuse, versatile ou ataxique, et de la rapprocher de la fièvre adynamique de Pinel, de celle dont P. Frank a si bien tracé le tableau sous le titre de *febris nervosa stupida*. Ces maladies peuvent se combiner, mais les confondre sous une même dénomination, c'est réunir des choses disparates, c'est augmenter l'obscurité des choses par celle des termes. En effet, la fièvre dite nerveuse ou ataxique, caractérisée par les troubles nerveux les plus variés, tels qu'un délire permanent, les mouvements convulsifs, des roideurs tétaniques, etc., est regardée généralement aujourd'hui, et avec raison, comme le résultat de l'inflammation de l'une des parties de l'encéphale et elle diffère essentiellement ainsi de la fièvre typhoïde, et par son siège plus précis, moins contestable, car dans son état de simplicité elle ne présente pas ces singulières altérations dothinentériques si constantes dans celle-là, comme nous le verrons plus loin, et elle s'en éloigne encore par le traitement nécessairement différent qu'elle réclame.

Mais ces mêmes altérations folliculeuses de l'intestin existent également dans la plupart des fièvres que nous appelions autrefois essentielles, dans quelques fièvres inflammatoires, dans celles dites muqueuses, bilieuses, et, nouvelle source de confusion, des médecins ont donné en conséquence à ces dernières, ce même nom de fièvre typhoïde, quoiqu'elles n'en présentassent pas les caractères distinctifs, la stupeur et la prostration musculaire. Comment établir la ligne de démarcation entre ces maladies, et d'abord existe-t-il bien réellement entre elles une ligne de démarcation? Ne pourrait-il pas se faire qu'elles ne fussent que les nuances diverses d'un même état morbide, et que la fièvre typhoïde n'en constituât que le degré le plus élevé? Si ce soupçon est fondé, cette fâcheuse confusion tient évidemment en grande partie à la dénomination vicieuse imposée à la maladie et son histoire serait à refaire d'une manière plus philosophique et plus rationnelle.

Quoi qu'il en soit, je me tiens, quant à présent, à ce nom et à l'idée qu'il représente, et un malade présentant quelques symptômes fébriles vagues, ou ceux même d'une simple indisposition, est pour moi menacé de fièvre typhoïde, lorsque son regard étonné, indifférent, son attention difficile, son intelligence obtuse, donne à sa physionomie l'aspect d'un homme qu'un certain degré d'ivresse rend lourd et stupide, et pour moi la maladie est caractérisée quand cet état persiste ou augmente, et qu'il survient de la paresse, de l'inertie, de l'abandon dans les mouvements musculaires; c'est, comme l'a dit Broussais, dans son langage énergique et pittoresque, la prostration de la pensée jointe à celle des membres. Viennent ensuite, mais d'une manière variable et moins constante, la teinte livide, les plaques rosées ou lenticulaires de la peau, la sécheresse, l'encroûtement, la fuliginosité de la langue, des gencives et des dents, le ballonnement du ventre, la diarrhée, de la toux et de l'embarras dans les organes respiratoires, la rougeur et la tendance à la gangrène des régions tégumentaires comprimées, etc. A ces symptômes, dont je n'ai esquissé qu'une partie, car il est inutile de faire ici le tableau complet de la maladie, peuvent se joindre encore des rêvasseries, des hallucinations vagues, un peu de délire, surtout la nuit, et d'autres symptômes nerveux fugaces; mais lorsque ces phénomènes viennent à dominer et persistent, ou ce n'est pas la fièvre typhoïde, ou celle-ci n'est plus à son état de simplicité. Ce sont alors les signes d'une altération durable, d'une inflammation décidée dans l'encéphale, tandis que dans la fièvre typhoïde les troubles fonctionnels du cerveau paraissent n'être que le résultat d'un embarras secondaire qu'éprouve cet organe et qui laisse à peine quelques traces après la mort.

Je n'ai pas besoin de rappeler que les variétés individuelles et les constitutions atmosphériques, donnent aux phénomènes généraux qui se montrent dans cette maladie, diverses nuances qui modifient sa physionomie, sans altérer toutefois ses caractères fondamentaux. C'est ainsi que sa première période, celle d'irritation ou plutôt de réaction, car il semble alors que la vie s'insurge contre un principe délétère qui tôt ou tard prend le dessus, offre selon les cas quelqu'une des formes fébriles des anciens médecins, au milieu desquelles l œil exercé du praticien entrevoit ordinairement bientôt la gravité du mal; que dans les grands rassemblements d hommes tourmentés surtout par des privations, des passions tristes, au milieu des calamités publiques, cette maladie s'étend quelquefois au loin et s'élève à son plus haut degré d'intensité. C'est dans ces épidémies fu-

nestes qu'elle prend plus particulièrement le nom de typhus, qu'elle offre des nuances nouvelles et s'accompagne des plus graves désordres fonctionnels. Je m'occupe plus particulièrement ici de la fièvre typhoïde plus sporadique, dont une plus grande simplicité et une observation de chaque jour, car elle est très-fréquente dans nos hôpitaux militaires, permettent mieux d'étudier les traits.

La prétendue fièvre ataxique, dans son état de simplicité, et qui n'est autre chose qu'une inflammation d'une portion de l'encéphale, demande communément dans son principe un traitement antiphlogistique actif; la question se réduit à chercher les modificateurs les plus propres à favoriser l'action de ce traitement, et, pour le dire en passant, il m'a paru que le protochlorure de mercure est de tous les adjuvants, celui qui seconde le plus puissamment les effets des émissions sanguines. Il n'en est pas de même de la fièvre typhoïde; ici tout est obscurité et incertitude; aussi les moyens les plus opposés, les plus étranges ont été vantés et mis en usage dans son traitement.

Qu'est-ce donc que cette maladie? Quelle est sa cause première, quel est le point de départ des phénomènes qui la caractérisent? Je ne puis entrer dans les longs débats que cette question a soulevés, et qui montrent combien les recherches faites sur cette affection sont encore incomplètes, ou plutôt combien sa nature est enveloppée d'un voile épais; je ne dois pas me dispenser cependant de dire quelques mots de celles de ces recherches qui ont eu le plus de retentissement.

On a dit que les symptômes qui se montrent dans la fièvre typhoïde ne sont que les effets de l'irritation primitive des voies digestives, qu'elle ne diffère des autres fièvres dites essentielles que par l'intensité de cette irritation et qu'on peut, par un traitement antiphlogistique prompt et actif, l'arrêter dans sa marche. On doit reconnaître que les colorations rouge, jaune, ardoisée ou brune, que les ramollissements à divers degrés se présentent fréquemment dans la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins des individus qui ont succombé à cette maladie; mais on a remarqué que ces altérations, dont quelques-unes, comme on sait, sont de simples résultats cadavériques, se rencontrent également à la suite d'autres maladies qui n'ont pas présenté de symptômes typhoïdes, et qu'elles sont loin d'ailleurs de se montrer communément en rapport d'intensité avec les symptômes observés pendant la vie; il existe même des faits rapportés par MM. Andral, Louis, Dalmas, Neumann de Berlin, Allison d'Édimbourg, qui montrent que le tube digestif est quelquefois exempt de ces altérations. Elles ne sont donc pas la cause exclusive, unique de la maladie, et prétendre qu'on peut *juguler* celle-ci dans son début, comme on le dit par une métaphore un peu forcée ce me semble, en combattant par les antiphlogistiques l'irritation dont ces altérations sont la suite, ne me paraît conforme, ni à la saine raison, ni aux résultats de l'expérience, qui est au reste extrêmement trompeuse en ce point.

Un mode d'altération du tube digestif, plus constant, plus propre à la maladie qui nous occupe, c'est la tuméfaction inflammatoire, et consécutivement l'ulcération des follicules intestinaux, tant des plaques de Peyer, que des follicules isolés de Brunner, avec ou sans injection ou ramollissement de la muqueuse qui les sépare. Mais ces boutons blancs, gris, bruns, ces plaques ovalaires rouges, jaunes, noires, qui se montrent spécialement, ces dernières surtout, dans le cinquième inférieur de l'intestin grêle, ne sont pas toujours non plus en rapport avec la gravité des symptômes qu'a présentés le malade affecté de fièvre typhoïde.

Ces faits ne tendent-ils pas à faire soupçonner que les lésions gastro-intestinales, et même l'éruption dothinentérique, ne causent pas toute la maladie? Et ne pourraient-elles pas être, comme on l'a pensé, un effet d'une altération de la masse sanguine, provenant d'une infection inconnue dans son essence, ou liée aux troubles profonds de l'innervation, déjà si remarquables dès le début de cette affection? L'illustre Broussais l'a déclaré lui-même : « tout » médecin tant soit peu imbu des idées de physique » et de chimie, et surtout de physiologie patholo» gique, ne doit plus ignorer, a-t-il dit, que les » liquides peuvent être le véhicule de certains virus, » de certains miasmes, *qui n'attaquent les solides* » *qu'après avoir altéré les humeurs* (1); » et ce principe est particulièrement applicable, ce me semble, à la maladie dont nous nous occupons. La teinte livide si constante des téguments, les taches qu'ils présentent, la fétidité des liquides excrétés, la tendance à la décomposition et les résultats des expériences qui ont été faites sur les animaux (2), concourent encore à donner un nouvel appui à cette opinion. Des animaux nourris avec des substances putrides, ou dans les veines desquels on avait injecté de pareilles matières, ont bientôt offert les signes les plus prononcés de l'état typhoïde, et l'investigation cadavérique a fait découvrir, dans la muqueuse digestive, des injections inflammatoires ou simplement hypérémiques, et le plus souvent un développement très-marqué de ses follicules; dans quelques cas plus rares, cette membrane n'a présenté aucune lésion appréciable. On sait encore que des collections de pus fétide, la phlébite, la métrite des femmes en couches, circonstances dans lesquelles on a pu voir le mélange immédiat du pus avec le sang; que d'autres phlegmasies viscérales, la pneumonie, la cystite, chez les vieillards, surtout, donnent quelquefois naissance à un véritable état typhoïde, et certes, dans ces cas, la maladie n'a pas

(1) *Examen des doctrines*, t. IV, 1833.
(2) M. Magendie, *Journal de physiologie*; 1822; M. Roche, *Dictionnaire de méd. et de chirurg. prat.*, art. Entérite, etc.

son point de départ dans le tube digestif, alors même qu'il offre des traces d'altérations, ce qui n'arrive pas toujours. Plusieurs auteurs, et particulièrement MM. Andral, Louis, Bretonneau, etc., ont signalé d'autres circonstances qui achèvent de démontrer la spécialité de la fièvre typhoïde; c'est qu'elle se montre presque exclusivement, avec ses caractères dothinentériques, depuis l'âge de vingt ans jusqu'à celui de trente et qu'elle n'affecte qu'une fois le même individu. On l'observe encore après l'âge de soixante et dix ans, mais alors on ne retrouve plus l'exanthème intestinal.

Tout le monde enfin a pu constater, dans les investigations cadavériques, l'état de la rate, si souvent tuméfiée et ramollie dans cette singulière maladie; le gonflement, la couleur rouge ou noire, la suppuration des ganglions mésentériques dans les points correspondants aux altérations de l'intestin; l'engouement, l'hépatisation du parenchyme pulmonaire; les épanchements qu'il n'est pas rare de rencontrer dans les plèvres, comme dans les expériences sur les animaux, et, au milieu de toutes ces perturbations, l'absence d'altérations, dans l'encéphale, qui rendent raison des désordres fonctionnels que cet organe a présentés pendant la vie.

Les considérations auxquelles je viens de me livrer bien rapidement, sur les lésions matérielles de l'appareil digestif, qui, selon toute probabilité, ne sont qu'un effet, un accident d'un mal dont nous ignorons l'essence, laissent une bien pénible incertitude dans l'esprit du praticien qui doit non discuter, mais agir. Il ne sera plus guère tenté de forcer la vive répugnance de son malade, comme on le faisait autrefois, en lui faisant ingérer des toniques et des excitants pour combattre une affection qui présente à la vérité des indices de décomposition humorale, mais dans laquelle les altérations inflammatoires du tube digestif sont si fréquentes. Aura-t-il recours aux évacuations sanguines copieuses et répétées, aux saignées coup sur coup, conseillées même dans l'état avancé de la maladie, lorsque l'observation lui a appris combien il importe de ménager les forces nécessaires à son entière solution? Tombera-t-il dans cet autre excès, donnera-t-il tous les jours des évacuants, purgera-t-il son malade coup sur coup encore, ainsi que le veulent d'autres médecins? Il ne serait pas sage de nier la bonté de l'une ou l'autre de ces méthodes, ou même de toutes les deux, sans les avoir expérimentées dans toute leur rigueur, et il le serait encore moins de jurer sur les paroles de maîtres si peu d'accord entre eux. Mais il est permis de se dispenser de faire ces expériences, puisque l'on peut, comme j'en ai acquis la certitude, parvenir à des résultats non moins heureux par une méthode plus simple et que je crois d'ailleurs moins fâcheuse dans ses conséquences que la première de celles dont je viens de parler. On est souvent aujourd'hui trop peu confiant dans le principe de vie, qui travaille évidemment à la conservation de nos organes pour peu que l'intensité du mal ou le médecin ne contrarient pas ses efforts, et il est plus d'un cas où il est bon de prendre le contre-pied d'un ancien adage : *melius nullum quam anceps*.

Voici d'après ce principe comment je traite la fièvre typhoïde, et si je faisais des statistiques (1), je montrerais à ceux qui y ont confiance, que, sans jeter les malades dans une profonde débilité, ou fatiguer leurs organes par des médications actives, je n'en perds pas plus que les médecins qui cherchent par des chiffres à prouver leurs succès. Au reste, d'autres praticiens emploient peut-être la même méthode de traitement; je la donne, non comme mienne, mais comme bonne, du moins dans les circonstances où je me trouve.

Je suis naturellement, au début, les simples indications tirées de la violence de la réaction inflammatoire, des variétés individuelles et de la connaissance de la constitution atmosphérique ou médicale actuellement régnante. Le plus communément, chez nos jeunes soldats, une saignée, une ou plusieurs applications de sangsues sont opposées, à de courts intervalles, aux congestions qui se manifestent vers le tube digestif ou l'encéphale. J'ai poursuivi autrefois cette maladie par des émissions sanguines nombreuses et rapprochées; mais lorsqu'elle était bien caractérisée, je n'ai jamais eu le bonheur de l'arrêter brusquement dans sa marche, et ce traitement, quand il était couronné de succès, n'avait d'autre résultat qu'une longue et pénible convalescence qui, chez nos militaires, est en quelque sorte une autre maladie bien fâcheuse et bien difficile à guérir. Lors donc que l'état typhoïde s'est prononcé décidément, je cesse tout traitement actif et j'abandonne le malade à une simple médecine expectante hygiénique; je lui fais prendre abondamment une boisson adoucissante, je le place dans celle des salles de l'hôpital où les soins sont plus concentrés, la surveillance plus active, les malades toujours moins nombreux, l'air plus pur, et je tâche encore de l'isoler autant que possible en laissant vacants les lits voisins du sien. J'ai souvent mêlé aux boissons un ou deux gros par jour de chlorure d'oxyde de sodium, et à certaines époques les succès ont été plus nombreux; mais en d'autres temps le même moyen n'a plus amené précisément le même résultat. Quoi qu'il en soit, les chlorures m'ont toujours paru utiles lorsqu'il existait des signes très-prononcés de dé-

(1) Dans son *Essai philosophique sur les probabilités*, Laplace a dit : « Pour reconnaître le meilleur des traitements » en usage dans la guérison d'une maladie, il suffit d'éprouver chacun d'eux sur le même nombre de malades, *en rendant toutes les circonstances parfaitement semblables*; » mais voilà justement la chose impossible, et, pour ne pas sortir de notre sujet, cet illustre géomètre aurait été bien peu satisfait des statistiques comparées des divers traitements de la fièvre typhoïde, s'il avait vu que l'une des circonstances premières, principales, celle de savoir si un malade donné est atteint ou non de cette maladie, n'est pas toujours elle-même exactement semblable pour tous les médecins.

composition. Insistant donc toujours, pendant les phases souvent longues de la maladie, sur l'usage des boissons abondantes, de la décoction d'orge, d'une infusion de réglisse, de l'eau sucrée et même quelquefois de l'eau pure quand le malade paraît la préférer, ainsi que sur les soins hygiéniques qui sont d'une haute importance, je fais appliquer des sinapismes aux extrémités inférieures tous les matins, lorsque la chaleur commence à cette époque du jour à offrir un peu de rémission, et ce moyen me paraît contrebalancer très-avantageusement les désordres de l'innervation ; j'ai recours aux vésicatoires si le mal se prolonge ; mais aussitôt que la peau moins chaude se couvre de moiteur, que le malade revient à lui, que les premiers phénomènes de la convalescence se prononcent, je me hâte de lui prescrire une légère décoction de quinquina, deux ou trois gros pour une potion de quatre ou six onces, je lui donne des laitages, un peu de bouillon, je tâche par intervalles de le maintenir plus ou moins longtemps sur son séant, je cherche en même temps à relever son moral, et le plus souvent une physionomie amaigrie, mais riante et satisfaite, annonce une convalescence assurée qu'une alimentation douce et légère, mais non trop parcimonieuse, fait marcher rapidement vers une entière guérison.

Telle est la méthode de traitement que j'emploie depuis longtemps dans la fièvre typhoïde, non sans m'être livré d'abord à bien des tâtonnements. Elle n'est au reste pas irrévocable pour moi, et si des circonstances nouvelles, une grave épidémie de typhus, par exemple, venaient à se produire, je ne tiendrais à son usage que si les faits continuaient à m'en démontrer l'efficacité.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. le professeur Bouillaud.

Phlegmasies aiguës de l'appareil digestif.

Pendant l'année clinique qui vient de s'écouler, soixante-huit cas de phlegmasies aiguës de l'estomac et des intestins ont été observés dans le service clinique de M. le professeur Bouillaud. Nous rassemblons, sous cette étiquette commune, l'embarras gastrique, la fièvre bilieuse, la fièvre ou entéro-mésentérite typhoïde, l'entéro-colite, la gastro-duodénite ou ictère, et le choléra-morbus. Ce n'est pas que nous pensions cependant que toutes ces maladies soient de simples inflammations du tube digestif; mais, dans un résumé, qui porte sur des faits aussi peu nombreux que celui-ci, il serait assez difficile d'en faire un autre usage; et pourquoi formerait-on, par exemple, une classe ou une division spéciale pour un cas de choléra, pour deux ou trois cas d'ictère, etc.? Qu'on le sache donc bien, pour en agir ainsi, nous n'avons d'autres raisons que notre plus grande commodité, et le peu d'importance d'un arrangement différent. D'ailleurs où placer définitivement le choléra et l'ictère, dans l'état actuel de nos connaissances ?

Sur ces soixante-huit cas, il y a eu huit morts et soixante guérisons.

Au reste, nous sommes tout les premiers à reconnaître qu'il importe fort peu de savoir au juste le chiffre de mortalité d'une section qui comprend à la fois l'ictère et l'entéro-mésentérite typhoïde, l'embarras gastrique et le choléra ; ce chiffre ne possède nécessairement aucune signification essentielle, parce qu'il embrasse des éléments trop divers. Ce n'est qu'en précisant, qu'en particularisant les objets que les chiffres acquièrent de la valeur en statistique : précisons donc, et particularisons ce que nous avons réuni sous le nom de phlegmasies aiguës de l'appareil digestif.

D'abord, nous répartirons ces affections dans deux séries : la première renfermera l'embarras gastrique, l'ictère, etc. ; et la seconde sera spécialement et uniquement affectée à l'entéro-mésentérite ou fièvre typhoïde.

Première série.— Ictère : quatre cas, tous guéris.— Entéro-colite : treize cas, tous guéris.— Choléra : un cas, un mort. — Embarras gastrique et fièvre bilieuse : quinze cas, tous guéris. — Somme totale : trente-trois cas, trente-deux guéris, un mort.

Remarquons tout de suite que M. Bouillaud sépare soigneusement les cas d'embarras gastrique et de fièvre bilieuse des cas d'entéro-mésentérite typhoïde. Cette observation ne doit point être perdue de vue, parce que nous verrons, à propos du traitement de cette dernière maladie, qu'il est arrivé à des praticiens, qui ont oublié de nous parler de cette distinction, de supposer qu'on l'oubliait également à la Charité.

Deuxième série. — Entéro ou iléo-mésentérite typhoïde, fièvre ou affection typhoïde proprement dite : trente-cinq cas, vingt-huit guéris, sept morts, c'est-à-dire un mort sur cinq.

J'entends que l'on s'écrie déjà de toutes parts : » Quoi ! M. Bouillaud perd un typhoïde sur cinq, » par les saignées coup sur coup ? Pauvres saignées ! » Combien elles sont déchues de leurs anciens suc- » cès ! C'était bien la peine, hier, de les élever si » haut, pour les voir si bas aujourd'hui ! Naguère » on souriait dédaigneusement au mot de *Consti-* » *tution médicale*. Eh bien ! voilà que la *Consti-* » *tution médicale* abandonne la partie, et le pro- » dige s'évanouit ! Elle retire ses faveurs, et l'on » tombe dans le néant ! » Patience, cher lecteur ; suivez jusqu'au bout, s'il vous plaît.

Or, parmi ces sept morts, figurent un premier cas dans lequel aucune saignée ne fut pratiquée, et où M. le docteur Montault, alors chef de clinique, recourut à l'emploi du *quinquina* et du *vin de Malaga;* un second cas, dans lequel *trois saignées* de 2 à 3 palettes (8 à 12 onces) furent pratiquées dans l'espace de *trois jours;* un troisième cas, dans lequel on fit seulement *une* saignée de 3 palettes 1/2; enfin un quatrième cas, dans lequel il n'y eut également qu'*une* seule émission sanguine pratiquée. De toute justice, ces cas n'appartiennent donc pas à la formule des saignées coup sur coup: elle est tout aussi innocente de la mort de ces sujets qu'elle l'eût été de leur guérison; ces faits ne peuvent être mis au rang de ses résultats bons ou mauvais; elle n'a rien à faire avec les suites d'une saignée, de *trois* saignées en *trois* jours, non plus qu'avec les suites du quinquina et du vin de Malaga; car mourir de fièvre typhoïde à la Charité, n'est pas précisément synonyme de mourir après avoir été saigné coup sur coup.

Si donc nous voulons apprécier ici l'influence des saignées coup sur coup sur la mortalité de l'entéro-mésentérite, nous n'avons plus à considérer que les cas où cette formule a été employée, c'est-à-dire, 35 cas moins 4, ou 31 cas; retranchant de même ce nombre 4 de la somme 7 des morts, puisque ces quatre sujets, qui n'ont pas été traités par la formule nouvelle, ont succombé, il nous reste 3 morts sur 31, ou un mort sur 10 4/9. N'oublions pas que l'embarras gastrique et la fièvre bilieuse ne sont pour rien dans ce compte.

Ainsi donc, sous ce rapport, la formule n'a rien perdu de ses précédents avantages; ces dernières épreuves n'ont servi qu'à confirmer l'heureuse influence qu'on lui avait reconnue, sur la mortalité de l'entéro-mésentérite typhoïde; elle s'est maintenue à la place qu'elle avait conquise, dans la thérapeutique de cette maladie; ses effets d'aujourd'hui sont ceux de il y a un an, de il y a deux ans, tout aussi différents qu'alors des effets d'autres médications. Et, pour le dire en passant, nous trouvons ici une preuve admirable de la régularité avec laquelle se reproduit la terminaison d'une maladie, lorsque cette maladie est soumise à une thérapeutique régulière, à une thérapeutique *formulée.* Avis à ces médecins qui s'imaginent encore qu'il est impossible de porter la précision du calcul dans les branches de la pathologie que domine la thérapeutique; avis à ces médecins qui prétendent qu'un moyen bon dans un temps ne l'est plus dans un autre; avis à ces médecins, qui s'obstinent encore à croire que le traitement d'une maladie doit varier comme ces circonstances vagues et grossières que l'on décore du beau nom d'*indications*, c'est-à-dire qu'il faut saigner quand le pouls est dur, large et fréquent; qu'il faut faire vomir quand la langue est saburrale, la bouche amère, etc.; qu'il faut purger *quand le ventre n'est pas libre;* qu'il faut tonifier quand les forces se dépriment, etc.; c'est-à-dire, enfin, qu'il faut pratiquer la médecine qu'enseignait Molière !

Or voici quelle avait été antérieurement la mortalité de l'entéro-mésentérite typhoïde, traitée par les émissions sanguines coup sur coup.

« Sur 178 malades traités de la fièvre typhoïde » *bien caractérisée*, depuis le commencement » d'avril 1833 jusqu'au 20 mars 1836, 22 seulement » ont succombé, c'est-à-dire que la mortalité a été » d'un peu moins d'un huitième, au lieu du tiers, » comme dans les relevés de MM. Chomel et Louis. » (Bouillaud, *Essai sur la philosophie médicale*).

Pour les faits rapportés dans la *Clinique médicale,* « cette mortalité a été de 3 sur 50, c'est-à-dire de 1 » sur 16 à 17. Elle n'est par conséquent que la » moitié environ de celle indiquée dans la quatrième » partie de l'*Essai sur la philosophie médicale.* » Mais n'oublions pas que, dans les 178 cas déjà » relevés dans cet *essai*, nous avions fait abstrac- » tion des cas légers ou de ceux relatifs à la simple » fièvre dite *gastrique* ou *bilieuse*. Or, en retran- » chant aussi de nos 50 cas actuels les 23 cas légers » de la troisième catégorie, il nous reste 27 cas de » fièvre ou affection typhoïde bien caractérisée; et » comme de ces 27 cas 3 seulement se sont terminés » par la mort, nous avons une mortalité de 1 sur » 9, chiffre sensiblement le même que celui indiqué » dans l'*Essai sur la philosophie médicale.*

» Réunissant maintenant ces 27 cas aux 178 déjà » publiés, nous obtenons un état de 205 cas de fièvre » ou affection typhoïde (entéro-mésentérite ty- » phoïde) bien caractérisée, sur lesquels 25 seule- » ment ont été mortels, ce qui réduit la mortalité » à moins de 1 sur 8. »

Si nous ajoutons à ces 205 cas les 31 cas nouveaux dont nous publions le résumé, nous aurons une somme de 236 malades de fièvre typhoïde, soumis au traitement par les saignées coup sur coup, et parmi lesquels 28 auront succombé, c'est-à-dire 1, sur 8 3/7 au lieu de 1 sur 8 1/3 comme précédemment.

N'est-il pas vraiment remarquable que ce chiffre de mortalité ne subisse aucune variation notable pendant un espace de plus de cinq ans, et ne peut-on pas raisonnablement le regarder dès aujourd'hui, comme l'expression immuable de l'influence des saignées coup sur coup sur la terminaison fatale de l'entéro-mésentérite-typhoïde ? Que penser de toutes ces déclamations, de toutes ces sorties de médecins spéculatifs contre l'application du calcul aux questions médicales, quand on voit le calcul nous donner la valeur mathématique d'une médication

avec une fixité que les années affermissent, loin de l'ébranler?

Comparons maintenant cette mortalité à celle qui a lieu dans d'autres conditions de traitement.

Méthode ordinaire: M. Chomel établit de la manière suivante, dans ses leçons sur la fièvre typhoïde, les résultats auxquels il est arrivé en pratiquant la méthode ordinaire de traitement (1), ou ce qu'il nomme sa méthode *rationnelle.*

« D'après un tableau comprenant à peu près tous » les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont » été traités dans les salles cliniques de l'Hôtel-Dieu, » depuis le commencement de 1828 jusqu'à la fin » de 1832, nous trouvons, dit ce professeur, que » sur 147 individus qui ont offert les symptômes de » cette maladie, 47 ont succombé, ce qui établit une » proportion de 1 mort sur environ 3 malades. » Et ce chiffre est malheureusement attaché, avec une constance à peu près invariable aussi, au traitement qu'il emploie; car, selon son aveu, il a toujours obtenu cette proportion à la Charité comme à l'Hôtel-Dieu, en 1822 comme en 1832. Cette mortalité ne peut donc être attribuée, non plus, à un simple concours de circonstances fortuites; une chose accidentelle ne se reproduit pas avec cette inaltérable régularité, pendant un aussi long espace de temps; il faut bien reconnaitre ici le *doigt* du praticien, et non celui de la *providence,* du hasard, quand on voit cette proportion de cas funestes demeurer constamment la même, durant un cours de dix années et sur un nombre considérable de malades, tandis qu'elle diffère ailleurs, où l'on met en usage des moyens différents.

Chlorures. M. Chomel n'a pas eu plus de bonheur en administrant les chlorures *seuls* dans la fièvre typhoïde.

« Sur 57 sujets traités par le chlorure de soude, » dit ce praticien, 41 sont guéris, 16 ont succombé; » en ajoutant aux 41 guéris 3 sujets qui, après » la terminaison de la maladie typhoïde, ont succombé à des maladies accidentelles (choléra, » pneumonie, perforation pulmonaire), et en déduisant du nombre des morts ces 3 sujets, puis » *quatre* autres, *l'un* apporté presque sans connaissance et agonisant (il ne prit que deux jours » les chlorures et succomba), *deux autres* ayant » une double pneumonie, nous aurons une mortalité de 9 sur 53, à peu près 1 sur 6. »

Observons d'abord que *un* et *deux* ne font pas *quatre* et qu'avec toutes ses réserves M. Chomel perdait encore 10 malades sur 54, à peu près 1 sur 5 1/2. Que si, à l'exemple de ce que l'on fait ici, on éliminait du nombre des cas mortels de fièvre typhoïde, traités par la formule nouvelle des émissions sanguines, ceux qui succombent à des accidents qui n'appartiennent pas à la fièvre typhoïde comme la pneumonie, la mortalite se réduirait alors à une bien faible proportion.

Au reste, la mortalité de la fièvre typhoïde traitée par les chlorures n'a pas tardé à s'élever au taux de celle de la méthode ordinaire; en 1833 et 1834 elle a atteint presque le tiers, et M. Chomel a renoncé à ce mode de traitement.

Purgatifs. Cette médication a eu dernièrement ses beaux jours, ses jours d'ovation: c'était à qui emploierait les purgatifs, c'était à qui en abreuverait ses malades; il n'y avait ni assez de voix ni d'assez fortes voix pour crier à tout venant les merveilles de la méthode évacuante. Mais hélas! le Capitole n'est pas loin de la roche Tarpéienne; et les purgatifs, après avoir occupé un instant l'attention générale, sont rentrés dans leur primitive obscurité. Au surplus, la chute de cette renommée n'a rien qui doive nous surprendre; le public médical est inconstant dans ses suffrages, quand on ne répond pas à son attente, et c'est ce qui est advenu pour les purgatifs. On s'était annoncé d'abord comme ne perdant que 1 malade sur 10; je ne sais tout ce qu'il manquait à cette expression numérique pour avoir un fonds réel de vérité, mais toujours est-il que l'expérimentation n'a point justifié l'espoir que l'on avait conçu, sur la foi de cette brillante promesse. M. Andral a ramené ce chiffre à 1 sur 7 (1); M. Chomel a renoncé à la méthode évacuante, après avoir vu succomber 6 malades sur 10; on s'est souvenu que le premier de ces médecins rapportait dans sa clinique que sur 10 malades de fièvre typhoïde, qui avaient pris des purgatifs, 9 étaient morts; enfin, M. Forget est venu récemment nous apprendre, à l'Académie, qu'il n'avait aussi pour son compte que des plaintes à élever contre ce mode de traitement, et que ces plaintes n'étaient pas nouvelles, qu'elles lui avaient déjà été adressées par les illustrations médicales des temps anciens.

Toniques. M. Andral nous a fourni aussi des renseignements sur l'usage des toniques dans la fièvre

(1) Cette méthode consiste à *pratiquer, au début, une ou deux saignées, et à combattre au besoin quelques congestions locales par une ou deux applications de sangsues*, dans les formes inflammatoire et bilieuse de la fièvre typhoïde, de même que dans la forme *qui ne présente aucun des caractères distinctifs des ordres des fièvres de Pinel,* et dans la forme ataxique pure. On recourt aux toniques dans la forme ataxo-adynamique, et aux toniques excitants dans la forme adynamique.

(1) Dans cette moyenne de 1 sur 7, on a compris les cas de fièvre gastrique ou bilieuse. Or, par cette adjonction, on n'aurait qu'une mortalité de 1 sur 16 à 17 pour les saignées coup sur coup.

typhoïde. On trouve dans sa clinique médicale que « 40 malades ont été soumis à ce traitement, et que » chez 26 la maladie s'est aggravée et s'est terminée » d'une manière funeste. »

En présence de ces documents de clinique comparée, il est impossible de se refuser à reconnaître que l'application de la formule nouvelle des émissions sanguines au traitement de l'entéro-mésentérite typhoïde diminue de plus de moitié la mortalité moyenne de cette maladie, traitée par les autres moyens qui composent son arsenal thérapeutique; et je n'en excepte pas, bien entendu, la méthode expectante ou délayante; car personne, j'imagine, ne se mettra en tête que l'on gagne plus à ne rien faire qu'à agir, dans une affection aussi sérieuse que celle qui nous occupe. Nulle part, sans doute, on n'a pris au sérieux les honneurs que M. Andral a plaisamment décernés à cette dernière méthode, dans son célèbre rapport sur les purgatifs, et tout le monde aura compris que les succès dont il parle n'étaient fondés que sur ces cas légers, douteux, mal dessinés, insignifiants, que l'on met au rebut, dans toutes les expérimentations.

Mais revenons à nos trente-cinq cas d'entéro-mésentérite, et voyons dans quel ordre ils se répartissent, si nous les considérons par rapport au degré d'intensité de la maladie :

Cas très-graves et graves,	16 :	5 morts.
Cas moyens,	8 :	2 morts.
Cas légers,	11 :	

La mortalité porte donc principalement ici sur la catégorie des cas graves et très-graves; et si nous trouvons 2 morts dans celle des cas moyens, c'est que l'un fut enlevé par la complication pulmonaire, et que l'autre ne fut traité que fort tard par les émissions sanguines coup sur coup : avant son entrée à l'hôpital il avait pris des purgatifs, et, pendant les premiers jours qui suivirent son admission, on s'en était tenu aux délayants, parce que les caractères de l'entéro-mésentérite n'étaient point assez prononcés chez lui, pour convaincre tous les assistants de la réalité de cette affection. Ceci confirme pleinement ce que M. Bouillaud répète chaque jour, à savoir que l'entéro-mésentérite typhoïde n'aboutit si souvent à une terminaison funeste que parce que les malades viennent réclamer les secours de la médecine à une période trop avancée de leur maladie, lorsqu'elle existe déjà depuis longtemps et qu'elle a pris une allure redoutable; tandis que, traitée dans le premier septenaire, par la formule des saignées coup sur coup, elle serait presque constamment arrêtée dans le cours de ses progrès. Effectivement, ce n'est alors que par une très-rare exception qu'on ne parvient point à l'étouffer à son origine, et, dans ces conditions d'âge et de traitement, on peut réellement affirmer, sans exagération, que l'entéro-mésentérite est moins dangereuse que la pleuro-pneumonie, toutes choses étant égales d'ailleurs. Il est vrai qu'à cette époque les phénomènes de la maladie ne sont ni si nombreux, ni si caractéristiques qu'ils le deviendront plus tard, et, pour beaucoup de personnes, ce deviendrait un motif de nier que l'on ait guéri une *fièvre* ou *affection typhoïde*.

Traitement. Je regrette de ne pas avoir à ma disposition les documents nécessaires pour établir la quantité moyenne de sang versé dans les 31 cas où la formule a été appliquée. Toutefois voici l'évaluation de la dose de sang retiré chez les 19 malades qui ont été soumis à ce traitement, depuis le mois d'avril jusqu'au 10 août 1838, et l'on pourra voir que cette dose ne diffère pas notablement de celles qui ont été fixées dans la *clinique médicale*.

Dose moyenne générale	2 ℔, 8 ℥, 1 à 2 ℥.
des cas graves et très-graves	3 ℔, 2 ℥.
des cas moyens	2 ℔, 13 ℥.
des cas légers	1 ℔, 15 ℥.

Quant à l'espace de temps, pendant lequel cette dose de sang a été enlevée, il ne dépasse pas les quatre ou cinq premières jours, après l'entrée, et c'est surtout dans les premières quarante-huit heures que le plus grand nombre des saignées ont été pratiquées. A ce propos, je me rappelle que, en cherchant à réduire à quelques propositions rigoureuses le traitement de l'iléo-mésentérite par les saignées coup sur coup, telles qu'elles avaient été mises en usage dans les faits consignés dans la *Clinique médicale*, j'étais arrivé à la découverte de rapports assez précis entre le degré de la maladie et le nombre et la dose des émissions sanguines. Je ne sais si les faits ultérieurs vérifieront l'exactitude de ces rapports, mais, au reste, quoi qu'il puisse en advenir, et quelque peu importants qu'il puissent paraître, je vais toujours en faire part au lecteur. J'avais donc trouvé :

1° Que la quantité de sang à soustraire croît dans un rapport approximatif de 5, suivant que la maladie est légère, moyenne, ou grave;

2° Que le nombre des saignées locales, sensiblement égal au nombre des saignées générales dans les cas graves, l'emporte d'un tiers sur ce dernier nombre dans les cas moyens, et de moitié dans les cas légers;

3° Que l'on pratique, pendant les premières vingt-quatre heures, la moitié du nombre des émissions sanguines, dans les cas graves; les deux tiers dans les cas moyens; et les trois quarts, dans les cas légers.

Enfin, ajoutons que l'on a eu recours aux adju-

vants ordinaires, que M. Bouillaud a l'habitude de faire concourir avec les saignées au traitement de l'entéro-mésentérite typhoïde : ainsi l'on a employé la diète, les chlorures, les lavements amylacés, les fomentations émollientes, les bains, etc.

Marche et durée. Nous nous bornerons à dire, pour l'instant, sauf à le prouver plus tard, que, sous l'influence de la méthode des saignées coup sur coup, l'entéro-mésentérite typhoïde, alors qu'elle n'est point enrayée dans son cours, se trouve encore manifestement améliorée dans sa marche; que les malades ne traversent point ordinairement le cortége effrayant des symptômes adynamiques, pour arriver à la convalescence; qu'ils présentent rarement cette fuliginosité des dents, des lèvres, de la langue, cette prostration profonde, cette débilité excessive, etc., que l'on a si fréquemment occasion d'observer, dans d'autres conditions de traitement; que leur convalescence est moins longue et moins orageuse, ce qui se conçoit aisément, du reste, puisqu'ils n'ont supporté que des accidents moins graves et de moindre durée.

Causes. Un voile épais couvre toujours cette partie de l'histoire des fièvres dites continues, et les faits de la dernière campagne clinique, dont nous rendons compte aujourd'hui, ne peuvent pas plus soulever ce voile, que ceux que l'on connaissait précédemment. Ils ne nous ont rien appris que l'on ne sût déjà parfaitement, sans que, jusqu'ici, cette connaissance nous ait servi, d'ailleurs, le moins du monde, à pouvoir déterminer, au juste, les circonstances qui amènent le développement de la maladie. C'étaient, pour la plupart, de jeunes ouvriers, de jeunes étudiants, récemment arrivés à Paris, faisant quelques excès, se nourrissant assez mal, habitant quelquefois à plusieurs une chambre peu spacieuse, mal aérée, mal éclairée, etc., se trouvant, en un mot, dans les conditions d'âge, d'acclimatement, de régime, d'habitation, que l'on rencontre le plus souvent chez les sujets atteints d'entéro-mésentérite typhoïde.

Faut-il ajouter que dans aucun cas l'on n'a trouvé d'indice de contagion? C'est à peu près inutile maintenant que tous les médecins de Paris ont répété ce refrain à satiété. Cependant certaines personnes aiment encore à croire qu'il en est autrement *dans les petites localités*. On pourrait leur demander avec raison comme je l'entendais faire dernièrement par un spirituel académicien, s'ils pensent que la nature change ses lois en dehors des barrières. Et puis, je serais désireux de savoir comment ils pourraient nous expliquer la bizarrerie de leur contagion; car en admettant cette contagion, il faut admettre aussi qu'elle s'opère au rebours des lois qui président à ce mode de propagation des maladies; il faut admettre qu'elle n'exerce pas son influence dans les grandes villes, là, où la concentration des malades est la plus considérable; là, où le foyer de la maladie est le plus intense, tandis que cette influence se développe, atteint son plus haut degré d'activité dans les campagnes, où les malades sont éparpillés sur une vaste surface, disséminés dans des endroits très-distants l'un de l'autre; ce qui répugne presque autant à la raison qu'un miracle magnétique.

Il nous resterait à parler de bien des choses encore, qui intéressent à un haut point l'histoire de l'entéro-mésentérite typhoïde; car aujourd'hui comme il y a vingt ans, les fièvres continues ont toujours le privilége d'être le rendez-vous des plus vives discussions de l'époque; elles forment toujours le champ clos favori des plus illustres et des plus redoutables lutteurs : mais nous aurons sans doute occasion de revenir bientôt avec les lecteurs de l'*Expérience*, sur un grand nombre de questions que nous n'avons point le loisir de traiter actuellement.

Docteur J. Henroz.

L'Expérience. — Déc. 1838.

RELATION DE LA VIE DE BROUSSAIS,

Suivie de quelques réflexions pratiques sur les obstructions du rectum;

Par M. le docteur Amussat.

Messieurs,

Ayant considéré comme un devoir de communiquer à l'Académie le plus promptement possible ce que je sais des derniers moments du grand homme qui m'honora de sa confiance et de son affection, je viens vous donner quelques détails sur sa maladie.

Je vous en parlerai particulièrement sous le rapport chirurgical. Je me suis empressé de rédiger cette relation et d'insister sur les jours qui ont précédé la mort pour vous mettre en état d'apprécier à leur juste valeur les bruits de toute espèce qui ont été répandus sur les derniers moments de la vie de notre illustre collègue.

Obs. — La maladie de Broussais consistait uniquement dans une *obstruction de la moitié inférieure de l'intestin rectum*. Cette altération organique était de nature carcinomateuse.

Doué d'une constitution athlétique, sous le double rapport physique et intellectuel, il fit des excès des deux genres provoqués par la force de son organisation et de son tempérament qui était éminemment nerveux et bilieux.

Plusieurs fois il se plaignit à son ami M. Treille

et à d'autres médecins d'une douleur au sommet du poumon droit qu'il croyait tuberculeux ; pour toute réponse, on se moquait de lui, en lui faisant remarquer ses larges épaules ; on verra bientôt que Broussais s'était parfaitement jugé.

Il y a une vingtaine d'années qu'il commença à ressentir vers la région pylorique des douleurs qui se calmaient au moyen de la diète; puis, lorsque des douleurs avaient cessé, se sentant affaibli, il s'excitait fortement et alors il souffrait de nouveau.

Depuis plusieurs années, il était tourmenté par une diarrhée dont il se plaignait à ceux qui l'entouraient. Malgré cette incommodité, il avait de l'appétit, et la digestion supérieure, comme il le disait lui-même, se faisait bien.

A mesure que la maladie a fait des progrès, la défécation est devenue plus difficile, plus douloureuse, les intervalles ont été plus longs ; c'était un travail, une véritable opération qu'il appelait ses *débâcles*.

Dès le début de la maladie du rectum, le voisinage de la prostate a déterminé des douleurs dans la vessie, et les envies d'uriner sont devenues fréquentes et fort incommodes.

Le 12 avril 1838, ayant été consulté pour la première fois par Broussais, j'ai constaté l'existence d'une plaque bosselée, lisse et dure, située à la partie antérieure du rectum, derrière la prostate, cachée par la maladie, qui n'occupait alors que les trois quarts antérieurs de la circonférence de l'intestin.

Elle avait environ deux pouces de hauteur; en bas, elle se terminait au-dessus du sphincter de l'anus. *Une petite tumeur indurée* de la grosseur d'une forte noisette sortait par la partie antérieure de cette ouverture dans les efforts de la défécation ; elle incommodait beaucoup le malade ; lorsqu'elle était serrée par le sphincter, il était forcé de la faire rentrer.

En me recueillant sur les sensations fournies par mon doigt et par la petite tumeur indurée que j'avais vu sortir à la marge de l'anus, je ne pus conserver de doute sur le caractère de la maladie.

L'exploration très-attentive, à laquelle je venais de procéder, m'en démontra la gravité (surtout en me rappelant que peu de temps avant j'avais vu mourir un malade trois jours après l'ablation d'une portion de l'intestin rectum qui était absolument dans les mêmes conditions), mais pour le malade je dissimulai ma pénible pensée, et je décrivis avec soin sa maladie, lui disant qu'il s'agissait de tumeurs hémorrhoïdales, que nous pourrions lier avec autant de succès que sur plusieurs malades qu'il m'avait confiés.

Mais il redoutait la moindre opération, et il m'avoua que c'était la cause pour laquelle il avait tardé à m'appeler. Alors je lui proposai de dilater, d'applatir, de comprimer ces tumeurs avec des mèches et des bougies; il accepta ma proposition, et immédiatement une mèche enduite de cérat fut placée dans le rectum.

Les mèches et les bougies ont d'abord été employées, et elles ont été mieux supportées que je ne l'espérais; la dilatation du rectum a produit un grand soulagement, et l'amélioration a été telle que le malade se flattait que ce moyen suffirait pour le guérir.

Une nouvelle exploration m'ayant démontré la nécessité d'agir plus efficacement, je provoquai une consultation qui fut rejetée plusieurs fois; enfin j'obtins que MM. Breschet et Sanson viendraient m'aider de leurs conseils. Le 26 avril la réunion eut lieu. Il fut convenu qu'on ne pouvait penser à l'ablation de la partie malade, mais qu'on continuerait la dilatation par les mèches et les bougies, et que si les tumeurs et les végétations augmentaient, il faudrait avoir recours à la ligature et à la cautérisation.

La dilatation fut continuée avec persévérance et avantage à Paris et surtout à Vitry; mais vaincu par la gêne que lui causaient la sortie et la rentrée de la tumeur de la marge de l'anus, il se décida enfin à la laisser lier; ce que je fis, le 18 juillet 1838, aidé de MM. Casimir Broussais et Levaillant.

Je transcris ce qu'a écrit Broussais lui-même dans son journal :

« Je me sens faible de toutes ces évacuations (il avait eu une *débâcle*); mais ce matin le fondement ne me fait pas souffrir. A la seconde selle de la nuit, le repli (c'est ainsi que Broussais désigne la tumeur indurée qui sort par l'anus) était assez gros, dur et résistant à la rentrée. A neuf heures, un lavement ; je le rends de suite, et M. Amussat fait la ligature du repli qu'il trouve beaucoup moins gros que samedi; mais il remarque, ainsi que mon fils Casimir qui est avec lui, qu'une autre éminence rouge paraît derrière celle qu'on lie. Celle-là est piriforme et parfaitement isolée, à pédicule étroit. Le moment de la constriction est très-douloureux. Je me mets dans un bain de siége. La douleur de constriction diminue peu à peu dans la journée, et le soir, le repli avait des stries livides. Rien pris dans la journée. Le soir, une soupe au pain; à trois heures, à quatre heures et demi, liquide copieux, fétide, rendu vent et urine. Il n'y a point de fièvre. »

Le 19, je trouvai que la tumeur liée la veille était flétrie, ramollie et réduite à sa trame celluleuse. Broussais dans son bulletin du 19 dit :

« Je rends un vent muqueux, et il emporte la ligature avec un petit morceau de la grosseur du noyau d'une petite prune, pyramidal et blanchâtre, le pédicule seul est fixé. La ligature est un peu noire depuis ce matin. En effet le repli lié ne paraissait plus que comme le tourbillon d'un clou ou furoncle; mais il reste un morceau de chair pincé dans l'anus. Je prends le bain et j'explore, c'est un repli pareil à celui qui est tombé. »

Ainsi, comme on le voit, la ligature fit promptement justice de la tumeur ou du repli qui gênait beaucoup le malade ; mais quelques jours après une nouvelle tumeur tout à fait analogue à la première la remplaça et causa les mêmes douleurs.

Le 20, je fis de nouveau l'exploration du rectum, et particulièrement de la partie inférieure de cet intestin. Alors, la maladie avait envahi toute la circonférence de l'organe et descendait jusqu'au sphincter. Dans les efforts que faisait le malade, on voyait les végétations et la couleur jaune luisante de la muqueuse dégénérée ; je reconnus la nécessité de lier la nouvelle tumeur qui avait succédé à la première. Elle produisait beaucoup de gêne pour la défécation et pour l'introduction des mèches. Mais avant de pratiquer cette nouvelle opération et celles que je me proposais de faire, je voulus encore m'étayer de l'assentiment des chirurgiens qui m'avaient déjà prêté leur appui. Malgré la confiance pleine et entière du malade ; malgré sa répugnance pour une nouvelle consultation, il céda à mes instances, et il accorda plutôt pour moi que pour lui qu'elle aurait lieu le 26.

Je vais transcrire ce que Broussais en dit lui-même dans ses notes.

« Le 26, MM. Amussat, Breschet et Casimir Broussais essaient la ligature; elle ne peut être faite qu'au milieu, et en voulant tirer pour porter une autre ligature à la base, on déchire au point constringé. On écrase aussitôt la racine avec des pinces à anneau. Il coule peu de sang. Je me mets dans le bain de siége. Je prends après un léger potage et un verre d'eau. Maintenant, midi et demi, je suis au lit, souffrant d'une douleur de cuisson à l'anus, avec quelques élancements de temps en temps.

» *Nota*. La ligature et l'arrachement n'ont pas été douloureux. Ce qui l'a été beaucoup, c'est une exploration faite après l'opération. Tout cela a coûté peu de sang ; il n'y avait qu'un médiocre caillot au fond du bain de siége. Ces productions sont molles et vésiculeuses. On les caractérise polypes vésiculeux. M. Amussat pense qu'il faudra revenir aux mèches et cautériser avec le nitrate d'argent, pour détruire ce qui reste. M. Breschet est de cet avis, ainsi que M. Samson, qui n'est arrivé qu'après l'opération terminée. »

Le lendemain, Broussais n'a point, dit-il, éprouvé de malaise; mais il se sent un peu faible, et il ajoute qu'en raison de la persistance, de la sensibilité du pourtour de l'anus, il n'avait pas encore procédé lui-même à l'exploration des polypes. (Ce sont ses expressions.)

Le 28, j'ai placé une petite mèche. A dater de cette époque, on a continué la dilatation du rectum avec des mèches et des bougies de cire de plus en plus grosses.

Dans les intervalles des débâcles, il rendait des matières liquides qu'il appelait des fusées; elles étaient de deux espèces, les unes stercorales, les autres glaireuses. Les premières étaient formées par les matières stercorales délayées, et les autres par la sécrétion morbide de la portion malade de l'intestin rectum. Ces dernières sortaient presque toujours involontairement en même temps que l'urine, ce qui contrariait beaucoup le malade.

Le 15 août, j'ai fait l'excision d'une petite végétation pincée par l'anus. Cette opération n'a pas été douloureuse. Elle a seulement été suivie de cuissons qui ont duré plusieurs heures.

D'après ce qui précède, on voit que la ligature, l'excision des tumeurs et des végétations qui obstruaient l'anus ont été faites sans le moindre accident, et que, par ces divers moyens, on a débarrassé le malade d'une gêne fort incommode, dont il se plaignait beaucoup.

Relativement à la ligature, je dois dire que malgré mes assurances on avait redouté l'inflammation, la phlébite et l'hémorrhagie. Je puis dire que j'ai déjà fait un grand nombre de ligatures de tumeurs du rectum. Cinquante fois au moins j'ai lié des hémorrhoïdes internes plus ou moins grosses, jusqu'au volume d'un œuf, et je n'ai jamais observé les phlébites et les hémorrhagies si redoutées par presque tous les praticiens, depuis quelques sinistres arrivés à Dupuytren et à d'autres chirurgiens pour l'excision des hémorrhoïdes internes. Mais la ligature et l'excision diffèrent essentiellement.

L'orifice inférieur du rectum avait été parfaitement débarrassé. Il était libre et dilatable : il n'en était pas de même de la portion malade. Comme nous l'avons déjà dit, l'affection carcinomateuse avait envahi toute la circonférence du rectum ; en haut, elle formait un bourrelet circulaire qui s'opposait de plus en plus à la sortie des matières. La maladie avait alors la hauteur du poing ; en plaçant le doigt indicateur dans la main gauche fermée, on peut juger de la hauteur du rétrécissement, et en touchant l'anneau formé par l'indicateur et le pouce gauche, on peut se faire une idée du bourrelet, qui terminait en haut la maladie.

Les lavements et les douches ascendantes même ne produisaient que peu d'effet ; les mèches secondées par les purgatifs mettaient fin à la constipation en produisant la débâcle qui devenait de plus en plus difficile.

Depuis longtemps déjà, je sentais l'insuffisance de la dilatation mécanique. Les végétations et les tumeurs pullulaient, proéminaient assez fortement, et en resserrant le passage, elles retardaient la défécation ; or, pour dilater désormais avec succès, il fallait d'abord détruire les exubérances du rectum. Malgré ce qui avait été convenu et arrêté dans les consultations des 26 avril et 26 juillet, relativement

à la cautérisation, le malade redoutait ce moyen et en retardait l'application. Enfin, je parvins à le convaincre de l'avantage du caustique pour modifier l'inflammation et faire tomber les exubérances. Il finit par consentir, et le 18 août 1838, en présence de M. Casimir Broussais, j'ai cautérisé légèrement l'intérieur de la portion rétrécie du rectum, avec un porte-caustique droit pour l'urèthre, gros comme une plume à écrire, et j'ai surtout porté l'action du caustique en arrière, dans l'intention de détourner l'irritation qui se propageait à la vessie.

Broussais, dans son journal, dit seulement :

« M. Amussat cautérise et je me mets dans un bain de siége. »

Le résultat de cette première cautérisation ne se fit pas longtemps attendre. Le malade en fut très-satisfait sous tous les rapports. Le travail inflammatoire fut porté en arrière ; il y eut révulsion, et les envies d'uriner devinrent moins fréquentes. Avant la cautérisation, le malade urinait tous les quarts d'heure, ce qui lui rendait les nuits insupportables.

A ce sujet, Broussais a écrit dans son journal, le 27 août : « *Je n'ai plus de spasme dans la vessie* ; quand il y a de l'urine je la rends. »

Et plus loin, il ajoute ; « Mais le retard de la débâcle empêche que l'on ne poursuive *la cure définitive par la cautérisation.* »

Le 1er septembre a eu lieu la deuxième cautérisation (douze jours après la première), avec le même instrument que la première fois. Le porte-caustique a été laissé plus longtemps en contact avec les surfaces malades (1).

Broussais dit : « Je me lève à dix heures pour la cautérisation. On la fait plus profonde que la première fois, sans que je souffre beaucoup. »

La troisième cautérisation a eu lieu le 5 septembre ; c'est-à-dire cinq jours après la seconde. Cette fois, j'ai employé deux gros porte-caustiques de l'urèthre, et j'ai usé tout le nitrate qu'ils contenaient.

Broussais dit : « M. Amussat opère la troisième cautérisation, plus profonde et plus prolongée que la seconde (deux cuvettes) ; je me mets dans un bain de siége. »

Reconnaissant l'insuffisance des instruments employés précédemment pour agir efficacement sur une aussi grande surface, je fis faire exprès un porte-caustique d'argent gros comme le doigt annulaire, dont la cuvette, longue de deux pouces et large de six lignes, divisée en quatre compartiments, deux supérieurs et deux inférieurs, pour mieux fixer le nitrate d'argent, équivaut à douze cuvettes des porte-caustiques que j'emploie pour combattre les rétrécissements de l'urèthre, et qui sont représentés dans mes leçons sur les rétentions d'urine.

Déjà, dans des cas analogues, j'avais employé un porte-caustique en buis, gros comme le doigt ; mais le nitrate d'argent était mêlé à un corps gras, ce qui en diminuait l'efficacité.

La première cautérisation avec le gros porte-caustique que je viens de décrire a été faite le 8 septembre ; après avoir introduit l'instrument avec assez de facilité, j'ai reconnu la limite du bourrelet en haut, avec *la lentille de mon mandrin*, afin de ne pas cautériser au delà du mal. Cette fois, par prudence, je n'ai laissé agir que la moitié supérieure de la grande cuvette, ou les deux compartiments supérieurs.

Broussais dit : « M. Amussat arrive et pratique la quatrième cautérisation. Le porte-caustique est beaucoup plus gros, et par conséquent la masse du nitrate d'argent plus considérable. Je souffre beaucoup ; il ne fait qu'une application. »

La cinquième cautérisation, ou la deuxième avec le gros porte-caustique, a été appliquée, le 22 septembre, en présence de M. Casimir Broussais. Toute la cuvette, remplie de nitrate d'argent bien soudé, a été mise en contact avec les surfaces malades, en prenant les précautions déjà indiquées pour ne pas cautériser au delà de l'obstacle. Broussais dit : « M. Amussat me pratique la cinquième cautérisation plus grosse et plus profonde que la dernière ; et, de plus, il cautérise de petites végétations qui sont à la marge, ou peu distantes et pincées de l'anus. La souffrance est plus vive qu'à toutes les autres fois. »

Ce jour-là, les douleurs ont été plus vives, non-seulement parce que j'ai laissé agir tout le caustique ; mais surtout aussi parce que j'ai cautérisé les végétations de la marge de l'anus, et on sait que cette partie du rectum est plus sensible que l'intérieur de l'intestin. C'est un fait que j'ai eu l'occasion de constater assez souvent.

Le 29 septembre, j'ai exploré de nouveau ; mais comme le malade redoutait beaucoup l'introduction du doigt indicateur, j'ai d'abord introduit le petit doigt. Par ce moyen, l'exploration a été beaucoup moins pénible.

Broussais dit :

« A trois heures, M. Amussat arrive et explore l'anus. Je souffre peu. Il trouve une diminution de moitié dans les tumeurs. »

La sixième cautérisation, ou la troisième avec le gros porte-caustique, a été pratiquée le 2 octobre ; Broussais dit :

« M. Amussat arrive, et il fait avec des ciseaux l'excision d'une végétation plate et large, un peu pincée par l'anus. J'avais demandé cette opération, la préférant au caustique ; mais, indépendamment

(1) J'ai usé tout le nitrate contenu dans la cavité de l'instrument.

de cela, il porte le nitrate d'argent sur les tumeurs qui sont dans la partie la plus éloignée, et qui correspondent à la prostate. Je souffre peu de tout cela. »

Quelques jours après, j'ai rencontré M. Pasquier père chez Broussais. Nous lui racontâmes ce qui avait été fait et les résultats obtenus. Il donna devant le malade et en particulier un assentiment complet à ce qu'on faisait pour son collègue. Il ajouta que dans son opinion il n'y avait que la cautérisation qui pût lui être utile, et il insista sur la nécessité de continuer l'emploi de ce moyen pour désobstruer le passage.

La septième et dernière cautérisation, ou la quatrième avec le gros porte-caustique, a été pratiquée le 31 octobre.

Broussais dit : « Le 31 octobre, M. Amussat arrive et pratique une septième cautérisation. Elle ne porte que profondément sur la tumeur qui correspond à la prostate. Mais elle est assez forte et prolongée. Elle est fort douloureuse, plus par les mouvements de l'instrument que par l'action du caustique. »

Le 10 novembre, MM. Casimir Broussais, Lemaire et moi, nous étions réunis à neuf heures du matin pour pratiquer une nouvelle cautérisation, qui avait déjà été remise quelques jours avant ; la faiblesse plus grande du malade, caractérisée par de l'abattement et le gonflement des pieds, l'imminence *d'une débâcle*, et le peu de disposition à se laisser cautériser, m'empêchèrent encore d'insister.

Broussais dit dans son journal : « M. Amussat constate de la constriction à l'anus par le toucher; *toute opération est ajournée.* »

Pour favoriser l'exploration et la rendre moins douloureuse, je fis, comme précédemment, pénétrer le petit doigt dans le rectum, avant d'introduire le doigt indicateur. Celui-ci fut plus serré que lors des précédentes explorations, non-seulement à l'anus, comme Broussais le dit, mais dans toute l'étendue de la maladie; j'eus de la peine à arriver à la limite supérieure du mal, et là je reconnus distinctement un bouchon de matières fécales arrêtées par l'obstacle qui serrait mon doigt. Nous convînmes qu'il fallait attendre *la débâcle* sans employer les purgatifs. Le malade croyait qu'elle aurait lieu dans la journée par le simple secours des lavements et des mèches. Malgré ce moyen et les efforts du malade, il ne sortit que des matières fécales délayées. L'impossibilité de déterminer *la débâcle* le décida à aller à Vitry, où il avait souvent réussi à se débarrasser de cette rétention incommode de matières fécales.

Le lendemain, dimanche, 11 novembre, à 4 heures du soir, Broussais est parti pour Vitry. J'avoue que, pour la première fois, je le vis à regret s'éloigner de Paris. J'avais des inquiétudes sur son état en pensant à sa faiblesse et à la difficulté d'obtenir une évacuation, alors que nous n'osions plus employer les purgatifs. Il était très-faible et trop mal disposé pour avoir recours à ce moyen.

Très-préoccupé de la gravité de l'état de Broussais, je fus moi-même plusieurs fois chercher de ses nouvelles à sa maison de Paris. Je n'obtins des domestiques que des renseignements vagues.

Le mercredi, je reçus une lettre de M. Lemaire, son secrétaire, qui me donnait plus d'inquiétudes encore : *point de débâcles, affaiblissement graduel.*

Ce jour-là j'allai chez M. Casimir Broussais pour lui faire part de mes inquiétudes et l'engager à ramener son père à Paris le plus promptement possible.

Le vendredi, 16 novembre, à midi, M. le docteur Lemaire, arrivant de Vitry, est venu me donner des nouvelles fort affligeantes sur Broussais. Il était plus faible, n'écrivait plus lui-même son journal, cependant il lui avait encore dicté un travail pour le conseil de santé. Il me dit qu'il craignait qu'il ne fût pas transportable. Je lui proposai de partir à l'instant pour aller le chercher ou au moins faire ce que je projetais. Pensant, comme je l'ai déjà dit, qu'on ne pouvait sans danger recourir aux purgatifs, j'avais jugé qu'on ne devait plus avoir recours qu'aux moyens mécaniques pour déterminer la sortie des matières fécales, et, dans ce but, je me proposais d'introduire moi-même une forte canule élastique au delà de l'obstacle pour injecter du liquide, délayer les matières, les faire couler par la canule et même les pomper. M. Lemaire me dit qu'il aurait des nouvelles le soir et que nous partirions de suite ou le lendemain.

La nuit suivante, le domestique de Broussais vint me chercher en toute hâte pour aller à Vitry. M. Casimir Broussais et moi nous nous y fîmes transporter promptement. A notre arrivée sur le seuil de la porte, on nous dit que Broussais n'était plus, qu'il venait de mourir.

Le visage n'était point altéré ; il n'y avait aucune contraction dans les traits ni dans les membres. Le corps avait sa chaleur naturelle.

Malgré mon trouble de la scène douloureuse qui se passait autour de moi, je me fis raconter plusieurs fois, par les assistants et par le docteur Maurel, médecin à Vitry, ce qu'on avait observé. On me dit que le vendredi soir, à neuf heures et demie, le malade avait pris un bain de siége et après s'être couché vers neuf heures, on lui donna un potage ; à peine en avait-il pris la moitié qu'il éprouva une forte douleur dans la région lombaire de la colonne vertébrale. Il acheva cependant son potage, et bientôt après il éprouva vivement le besoin d'aller à la garde-robe. Il voulut se lever, mais il était trop faible.

Il demanda un bassin ; pendant qu'on le glissait sous lui, on entendit un bruit de gargouillement très-fort, des gaz et des matières fécales liquides furent rendues. Immédiatement après, il eut un frisson ; il se plaignit de froid aux extrémités et à la face, leva les bras, tomba sur le côté gauche de son lit et perdit connaissance. La face était colorée, vultueuse, les vaisseaux étaient fortement injectés et distendus.

M. le docteur Maurel, qui avait été immédiatement appelé, et qui était encore dans la maison, me raconta ce qu'il avait observé et fait; il me l'a écrit depuis,et,pour plus de précision, je transcris sa lettre.

« Le 16 novembre, à 11 heures du soir, je fus appelé (c'est M. Maurel qui parle), pour donner mes soins à M. Broussais. On me dit qu'il venait de se trouver mal. Arrivé de suite près du malade, je fus frappé de terreur à l'aspect d'une figure apoplectique, d'un rouge pourpre. Toutes les veines de la tête étaient fortement injectées; les artères carotides battaient avec force, le pouls était nul, la respiration pénible, le ventre souple et se laissant déprimer facilement, la chaleur du corps naturelle, le visage couvert de sueur.

« Mon pronostic fut très-grave, comme vous devez le penser. Alors je fis partir de suite le domestique de M. Broussais pour aller vous chercher, ainsi que M. Casimir Broussais, et, pendant ce temps, j'ouvris la veine du bras, par laquelle je ne pus obtenir que trois palettes de sang à peu près. Pendant l'écoulement, le malade respire mieux, et un instant j'eus l'espérance de lui entendre articuler quelques mots. La figure pâlit un peu; mais, les pulsations du cou étant toujours très-fortes, je crus devoir, pour révulsionner, faire appliquer des sinapismes aux pieds et aux mollets.

» A minuit, l'illustre malade étant revenu dans l'état où il était lorsque je fus appelé près de lui, je fis appliquer vingt sangsues au cou, dix de chaque côté. Les piqûres donnèrent peu de sang. Pendant ce temps, la figure pâlissait; peu à peu la respiration diminuait de fréquence et ne se faisait plus que de loin en loin. Une sueur froide couvrait le visage et la poitrine, et, à une heure dix minutes du matin, ce grand homme cessa de vivre. »

Le samedi, dans l'après-midi, le corps fut transporté à Paris dans une calèche à lit. Il n'est pas inutile de dire que le trajet fut fait assez rapidement.

Procès-verbal de l'autopsie de Broussais, qui fut faite trente-six heures après la mort, le 18 novembre 1838, à onze heures et demie du matin, rue d'Enfer, 13, par MM. Levaillant et Foucart, en présence de MM. Orfila, Breschet, Amussat, Bouillaud, Casimir Broussais, La Corbière, Stephanopoli, Maurel, Jules Pelletan, Debout, Lemaire, Demontègre et Lecouteux.

État extérieur. Le cadavre est dans un état de putréfaction très-avancé, et peut être comparé à celui d'un individu qui aurait séjourné dans l'eau pendant plusieurs jours.

Le visage est bouffi, entièrement méconnaissable; on y remarque des taches livides, de même que sur le front et sur les tempes. Les vaisseaux de ces régions sont rénitents, remplis de gaz et se dessinent par des lignes saillantes de couleur verdâtre. Des bulles de gaz, mêlées de liquides, bouillonnent à l'orifice de la bouche et des narines.

Le cou et les parties latérales de la poitrine sont aussi couverts de taches verdâtres, qui s'étendent jusqu'au tronc, sur lequel on remarque, dans plusieurs endroits, de larges phlyctènes.

Le scrotum et la verge, distendus par des gaz, présentent un développement considérable.

L'abdomen est ballonné.

Une grande quantité de matières fécales jaunâtres, demi-liquides, couvre le linge qui enveloppait le corps.

Crâne. La voûte du crâne est très-mince et transparente, surtout aux régions antérieures et latérales.

Cerveau. Le cerveau, examiné aussitôt après avoir été moulé, est trouvé dans l'état suivant : extérieurement, très-légère infiltration séreuse sous-arachnoïdienne à la convexité, avec légère teinte blanchâtre. Point d'injection sanguine de la pie-mère; point d'épanchement dans les ventricules du cerveau. Parenchyme du cerveau d'une consistance un peu au-dessous de l'état normal. Coupé par sections horizontales, il n'offre aucune espèce de lésion, non plus que le cervelet.

Moelle épinière. Aucun épanchement dans la cavité des méninges rachidiennes. Moelle épinière de couleur normale, de consistance modérée à la partie supérieure, et moins prononcée, même comme ramollie à la partie inférieure, où elle a été contuse par le rachitome et le marteau.

Péricarde. Le péricarde est adhérent au médiastin par une bride fibreuse, et il est distendu par des gaz.

Cœur. Le cœur, enveloppé d'une assez grande quantité de graisse, d'un beau volume, et qui paraît proportionné à la force du sujet, contient du sang mêlé de bulles d'air et en partie coagulé. Sa surface interne, ainsi que celle des gros vaisseaux, est colorée par imbibition cadavérique.

Les orifices sont libres et les valvules bien conformées. Quelques taches d'un blanc jaunâtre existent à l'orifice de l'aorte.

Poumons. Le poumon droit est, à son sommet, adhérent à la plèvre par des brides cellulo-fibreuses. Dans le point correspondant à cette adhérence, la surface du poumon est froncée et l'on remarque au centre de ce froncement, après l'avoir incisée, un

matière crétacée, formant une masse du volume d'un des osselets de l'ouïe, inégale, à surface rugueuse, entourée de matière noire et dense.

Le poumon gauche est adhérent à la partie interne par une petite bride cellulo-fibreuse, et son sommet présente, de même que celui du poumon droit, une petite cicatrice froncée, au milieu de laquelle on trouve une matière noirâtre, mais pas de concrétions.

Abdomen. L'abdomen est, comme nous l'avons dit, très-ballonné, et, en l'ouvrant, il s'échappe des gaz. Les intestins sortent immédiatement par l'ouverture; ils sont très-distendus par des fluides élastiques.

Foie. Le foie est volumineux et infiltré de gaz, qui s'échappent par les incisions qu'on y pratique. La vésicule est petite, affaissée, et contient un peu de bile. On n'y voit pas de corps étrangers.

Rate. La rate est assez volumineuse et offre un état de ramollissement assez avancé.

Pancréas. Le pancréas est sain.

Estomac. L'estomac, d'une assez grande capacité, contient un liquide jaune verdâtre; mais aucun vestige de la soupe mangée le 16 au soir. Sa membrane muqueuse présente au bas-fond une diminution notable d'épaisseur, au point que l'on aperçoit çà et là, les fibres de la membrane musculeuse, et offre de larges stries brunâtres et quelques autres rouges. Elle est saine dans la portion pylorique, sauf une tache rougeâtre, attribuée, comme quelques-unes des précédentes, à la décomposition cadavérique. L'anneau pylorique est d'un blanc légèrement rosé, plus épais que de coutume, et présente une *consistance comme fibreuse.*

Il existe, dans la portion splénique seulement, des bulles d'emphysème sous-muqueux.

L'estomac et les liquides qu'il contenait ont, d'ailleurs, été déposés *pour être examinés ultérieurement* dans un bocal, avec addition d'un peu de sel commun.

Duodénum. Le duodénum présente des bulles d'emphysème sous-muqueux; sa surface interne est saine et elle est teinte en jaune par la bile.

Intestin grêle. L'intestin grêle contient un liquide à peu près semblable à celui de l'estomac; l'emphysème s'y rencontre aussi. Une petite tumeur sous-muqueuse, grosse comme un pois, de consistance et d'aspect lardacé, existe à six pouces à peu près de la valvule iléo-cœcale. A part cette légère altération, la membrane muqueuse de tout l'intestin présente un aspect sensiblement normal.

Gros intestins. Le cœcum, le colon lombaire droit, le colon lombaire gauche et l'S iliaque sont remplis de matières fécales en bouillie de couleur jaunâtre. Il n'y en avait pas dans le colon transverse.

La membrane muqueuse du gros intestin est pâle, mais saine.

Rectum. La maladie du rectum que nous allons décrire s'étend jusqu'à quatre pouces environ à partir de l'anus, et elle occupe toute la circonférence de l'intestin.

Dans une partie de cette étendue, la surface interne présente un état de ramollissement pulpeux tirant un peu sur la matière cérébriforme. Les tissus sous-jacents sont infiltrés partiellement de quelques grumeaux d'une matière purulente. Les parois de l'intestin et le tissu cellulaire qui le sépare de la prostate ne paraissent ni épaissis ni indurés.

On observe vers la partie postérieure une rupture d'un pouce environ de diamètre, et qui s'est opérée au moment de l'enlèvement ou plutôt de l'arrachement des parties. Cette portion de l'intestin est tapissée d'une couche de matières fécales, à demi-liquides, d'un jaune brunâtre.

Dans la portion malade, fendue dans toute sa longueur, on ne voyait pas de saillie capable de former un obstacle matériel qui se serait opposé d'une manière très-prononcée à l'issue des matières fécales. Au-dessus cependant on observe une dilatation formant une espèce de poche contenant des matières fécales molles, et au-dessus de cette dilatation, on trouve des matières moulées en cylindre et se terminant en cône.

Les ganglions du bassin et ceux du mésentère n'ont ni plus de consistance, ni plus de volume que dans l'état normal.

Reins. Les reins sont un peu volumineux, mais ils ne présentent pas d'altération notable.

Vessie. La vessie contient une petite quantité d'urine. Sa membrane muqueuse a une couleur blanc-grisâtre normale, excepté vers l'orifice de l'uretère gauche, où l'on trouve une tache rougeâtre. A l'orifice du col de la vessie, on remarque trois replis longitudinaux, rayonnés, qui s'étendent jusque dans la portion prostatique de l'urèthre. Les saillies que forment ces replis ressemblent à des luettes vésicales. Celle du côté droit est surtout très-prononcée.

Prostate. La prostate a son volume et sa consistance normales. Il existe dans son intérieur quelques grains de sable.

Paris, 18 novembre 1838.

Et ont signé tous les médecins qui étaient présents à l'autopsie.

Remarquons d'abord l'état de décomposition très-avancée dans lequel se trouvait le corps, trente-six heures seulement après la mort; on m'a assuré que cette altération s'était manifestée douze ou quatorze heures avant l'autopsie. Il ne faut pas perdre de vue les changements opérés par une putréfaction si avancée et si insolite, pour bien juger les altérations morbides. En effet, si on ne considère que la des-

cription de l'état pathologique de la moitié inférieure du rectum, il faut convenir qu'on ne peut se former une juste idée de ce qui existait pendant la vie. Mais si on se rappelle la putréfaction avancée, le délabrement et la déchirure de l'intestin, enlevé du bassin très-difficilement, et fendu dans toute sa longueur, on comprendra que la lésion pathologique a dû être fortement altérée, et qu'il est très-difficile de juger réellement l'état de constriction que la maladie opérait sur le rectum. Et si on se représente la dilatation de l'intestin rectum au-dessus de la maladie, et l'accumulation des matières fécales dans l'S iliaque, et dans la plus grande partie du gros intestin, on comprendra qu'il existait un véritable obstacle au cours des matières dans le point malade. D'ailleurs, l'exploration faite sept jours avant la mort, et l'attente d'une *débâcle*, ne peuvent laisser aucun doute sur la rétention trop prolongée des matières fécales. Il y avait vingt et un jours qu'avait eu lieu la dernière *débâcle*.

En se rappelant les trois replis du col de la vessie déterminés sans doute par le voisinage de la maladie du rectum, on conçoit facilement les envies fréquentes d'uriner et les dysuries qui ont si longtemps tourmenté le malade.

D'après tout ce qui précède, on voit que Broussais avait admirablement bien jugé lui-même son état, non-seulement sous le rapport du siége de la maladie principale, mais aussi relativement aux autres lésions que l'autopsie a fait découvrir dans le sommet du poumon droit et au pylore.

Tout est dans le rectum, disait-il souvent en se frappant le ventre. Il rejetait vivement toute idée de complication.

Comme je l'ai déjà dit, on ne peut, d'après l'autopsie, se faire une idée complète de l'obstruction du rectum; mais enfin par les traces de la maladie, on voit qu'elle était tout à fait locale et sans aucune complication.

On pouvait donc espérer raisonnablement qu'en détruisant les obstructions et en dilatant, on aurait pu, sinon guérir, au moins prolonger la vie.

Sans doute, par une cautérisation plus active, on avait deux grands accidents à redouter : l'inflammation et l'hémorrhagie; mais je crois qu'on aurait pu les maîtriser.

Pourquoi n'a-t-on pas agi plus fortement? Remarquez l'immense responsabilité qui pesait sur l'opérateur, et puis le malade ne se prêtait pas facilement aux opérations. En outre, tous les médecins qui l'entouraient n'étaient pas d'avis qu'on opérât. Et je ne dois pas omettre de dire que M. Breschet m'avait engagé amicalement à mettre beaucoup de circonspection dans mes opérations.

Supposons qu'on eût été forcé de renoncer à détruire directement le mal, il restait encore une ressource, une triste ressource, sans doute; j'y avais profondément réfléchi en pensant à Talma et aux faits analogues, je veux parler de l'établissement d'un anus artificiel. Il est évident maintenant que ce moyen, malgré ses immenses inconvénients, était complétement indiqué dans le cas où on aurait été forcé de renoncer à la cautérisation.

J'espère que ces réflexions ne seront pas perdues pour les chirurgiens qui seront appelés dans des cas analogues.

D'après ce qu'on vient de lire, il m'est très-facile de détruire la calomnie qui a été répandue parmi les élèves en médecine, dès le jour même de la mort de Broussais. On a dit qu'il était mort d'hémorrhagie deux heures après une cautérisation faite avec le fer rouge, malgré l'opposition des consultants. Cette calomnie a été variée et commentée; elle m'a été rapportée par des élèves au convoi de Broussais. Et d'après les extraits du journal de sa maladie, cette calomnie maladroite tombe d'elle-même.

On a vu que sept cautérisations avec le nitrate d'argent ont été pratiquées les trois premières avec le porte-caustique dont je me sers pour les rétrécissements de l'urèthre, et les quatre dernières avec un gros porte-caustique fait exprès. Remarquons surtout que la dernière cautérisation avec un porte-caustique qui lui avait déjà servi a été pratiquée sans accidents le 31 octobre, c'est-à-dire seize jours avant la mort.

A cette occasion, je dois rappeler sommairement ce qui a été fait.

Par la dilatation de la partie rétrécie, avec des mèches et des bougies de cire, le soulagement obtenu par ce moyen a été tel, que le malade se flattait qu'il suffirait pour le guérir.

Par la ligature et par l'excision des tumeurs et des végétations qui fatiguaient extrêmement le malade par leur sortie à travers l'anus, il a été débarrassé d'une incommodité dont il se plaignait beaucoup.

Par la cautérisation des surfaces indurées, l'exubérance du rectum a été réprimée; le passage a été agrandi, et les défécations ont été plus faciles.

Enfin, en appelant le travail inflammatoire dans le rectum, et surtout à la partie postérieure de cet intestin, l'irritation qui se propageait à la vessie a été détournée; les besoins d'uriner qui avaient lieu tous les quarts d'heure ne revenaient plus que toutes les trois heures.

En résumé, on voit évidemment que j'ai débarrassé le malade de ce qui le tourmentait le plus; c'est-à-dire la gêne des tumeurs de l'anus et les envies fréquentes d'uriner. J'aurais voulu pouvoir faire plus encore; mais je crois avoir fait tout ce qu'il m'était permis de faire, quoique je fusse admirablement soutenu et encouragé par son fils Casimir Brous-

sais, qui m'a toujours assisté avec une grande fermeté de caractère.

Il me reste encore un point important sur lequel je dois attirer votre attention, et c'est sans doute celui qui vous préoccupe le plus. Quelle est la cause de la mort de notre illustre collègue?... D'après les bruits répandus et l'enquête qui se poursuit, on ne doit aborder cette question qu'avec une grande réserve. Sans doute, la fin a été brusque, inopinée, violente; il n'y a pas eu d'agonie; la mort ressemble beaucoup à celle qui arrive à la suite d'une syncope, ou mieux d'une congestion cérébrale.

Une cause étrangère à la maladie a-t-elle pu hâter la mort?

Par amour de la justice, je dois dire sans préoccupation d'aucune sorte ce que je pensais avant l'événement. Déjà, je l'ai dit, l'affaiblissement a été graduel, la maladie faisait des progrès; nous étions gagnés de vitesse; mes inquiétudes étaient grandes depuis ma dernière exploration. Remarquons en outre que le malade a cessé d'écrire son journal deux jours avant la mort. Tout me porte à dire que la fin s'avançait.

L'affaiblissement a été graduel et me paraît devoir être attribué au séjour prolongé des matières fécales; en un mot à la résorption délétère des matières. Cette altération est à mon avis la même que celle qui arrive à la suite d'une hernie étranglée ou de toute autre cause d'obstruction des intestins. C'est un empoisonnement lent par la résorption des matières fécales.

Ne pourrait-on pas expliquer la douleur dans les lombes qui a eu lieu peu de temps avant la mort par la dilatation de l'obstacle, par les gaz et les matières et la congestion cérébrale, par les efforts faits pour aller à la selle chez un malade aussi affaibli qu'il l'était?

Je vous livre ces réflexions dégagées de toute prévention et dictées uniquement dans le double intérêt de la vérité et de notre profession.

GAZETTE MÉDICALE. — Déc. 1858.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE.

M. ROSTAN.

Diagnostic différentiel de l'hydropisie ascite et de l'hydropisie enkystée. Grossesse douteuse; opinion de MM. DANYAU, ROSTAN, MOREAU.

Au n° 8 est une femme très-intéressante sous le rapport du diagnostic.

Vous savez que la dernière séance s'est bornée à vous exposer un signe caractéristique pour distinguer l'hydropisie ascite de l'hydropisie enkystée. L'autopsie vous en a mis l'exemple sous les yeux. Vous savez qu'il consiste, ce signe, dans la différence de position des gaz intestinaux dans l'un et l'autre cas. Dans l'hydropisie, le son clair se fait entendre dans les parties les plus élevées; le son est mat dans les parties les plus déclives de l'abdomen. Dans l'hydropisie enkystée, c'est l'inverse : ainsi, le son est clair en bas, et il est mat en haut. C'est une loi presque sans exceptions.

Il y a quelques jours, nous n'avions pas dans nos salles des malades affectés d'hydropisies enkystées, lorsque, il y a cinq ou six jours, une femme nous a été envoyée par M. Danyau, qui a déclaré ne savoir à quoi s'en tenir sur la cause de la tumeur abdominale que présente cette femme. Par hasard, nous avons été du cinquième examen, M. Moreau, Danyau et moi. Voici ce que nous observâmes.

C'est une femme de 40 ans, non réglée depuis deux années. Au mois de février dernier, c'est-à-dire après plus de douze mois d'aménorrhée, son ventre grossit et continua à s'accroître, au point qu'après neuf mois il présente le volume de l'abdomen d'une femme qui est arrivée à cette époque de la grossesse. A la première vue, je crus à une hydropisie enkystée; mais l'histoire de Corvisart me vint alors à l'idée. Vous savez qu'ayant disserté sur les causes du gonflement du ventre d'une femme, en éloignant toute idée de grossesse, il vit, à son grand étonnement, sa prétendue malade accoucher le lendemain.

Ici, deux ou trois percussions suffirent pour établir qu'il y avait un kyste. Mais celui-ci était-il accidentel, pathologique ou formé par la matrice?

En palpant cette femme, nous avons trouvé un corps arrondi, de la grosseur de deux poings; ce corps, quand on le frappait, était repoussé et retombait ensuite : c'était un véritable ballottement. Ainsi, il y avait un corps dur, indépendamment du liquide. Mais quelle était la nature de ce corps?

Cette femme n'avait eu ni vomissements, ni nausées, ni aucun des signes qui font supposer la grossesse. Vers le cinquième mois, elle n'avait pas senti remuer dans son ventre; mais vous savez que les mouvements, qu'ils soient perçus ou non par la mère, n'indiquent pas toujours qu'il y a ou qu'il n'y a pas grossesse. J'ai donné des soins à une dame qui avait cru sentir des mouvements dans le bas-ventre, et se croyait enceinte. Au bout de neuf mois, la tumeur se dissipa sous l'influence d'une hémorrhagie.

Quant à notre malade, il y avait encore une autre difficulté : elle était au dixième mois. Mais il y a des médecins qui pensent que la grossesse peut se prolonger jusqu'au dixième et même jusqu'au onzième mois; M. Moreau est de ce nombre. En médecine légale, on admet le dixième mois. Fodéré a dit en avoir la certitude, et croit que cela est très-possible.

On a touché cette femme, et le col de la matrice était effacé ; puis, chose singulière, on sent le ballottement par le toucher vaginal.

M. Moreau a pensé, d'après tout cela, qu'il faut rester dans le doute sur la nature de cette tumeur. L'an dernier, nous avons eu un autre cas dans lequel MM. Moreau et P. Dubois sont encore restés dans l'incertitude. Cependant M. Moreau a dit relativement au cas qui nous occupe : je crois que c'est une hydropisie enkystée.

Ajoutons qu'il n'y a ni bruit placentaire, ni bruit du cœur d'un fœtus.

Je considère ce cas comme d'autant plus curieux, que l'examen en a été fait sans résultat bien certain par des hommes spéciaux.

Nous pensons cependant que cette femme a un kyste. Et, en effet, elle n'était point réglée, quand elle est devenue grosse, et quoique la grossesse soit possible sans qu'une femme soit réglée, il nous faut, si nous admettons cette hypothèse, supposer une exception. D'une autre part, cette malade est au dixième mois, et il faut encore supposer une exception ; en outre, ni bruit placentaire, ni bruit de cœur d'un fœtus. Cependant M. Moreau est revenu à cet examen ; et, après avoir de nouveau senti le ballottement, il a dit : mais ce pourrait bien être un fœtus. Pour moi, c'est une hydropisie enkystée, avec existence d'un corps inclus dans un autre corps plus dur.

Métro-péritonite. Abcès de la fosse iliaque. Peut-on être constipé et avoir le dévoiement?

Au n° 25 est une femme âgée de vingt-six ans, d'une constitution forte et paraissant plus âgée que ne porte son âge.

Il y a cinq ou six semaines, elle a eu un accouchement laborieux qui a duré dix-sept heures, et qui s'est terminé naturellement. Depuis cette époque, elle a toujours souffert ; les lochies ont coulé sans irrégularité. Il faut bien que les douleurs n'aient pas été très-violentes, puisque l'écoulement lochial a continué. Il y a huit jours, elle a souffert surtout dans le bas-ventre.

A son entrée dans nos salles, elle nous a présenté l'altération des traits, mais la face n'était pas grippée ; elle avait plutôt l'aspect livide grisâtre. Cette malade disait souffrir beaucoup dans le bas-ventre, où le toucher était presque insupportable.

Le ventre était un peu développé ; il y avait de l'empâtement et de la matité vers les parties les plus déclives, c'est-à-dire dans les points où les douleurs étaient très-vives.

En interrogeant les fonctions, nous trouvâmes de la soif, une langue assez humide, rouge à la pointe, couverte d'un enduit sale à sa base. En outre, mauvais goût de la bouche, inappétence ; ni nausées, ni envies de vomir, ni vomissements. Il y avait du dévoiement qui s'était supprimé depuis deux jours. 141 pulsations. Pouls presque imperceptible.

La respiration n'était pas gênée, si ce n'est dans les larges et grandes inspirations.

Peau chaude ; urines faciles ; rien dans le cerveau ; insomnie seulement ; pas de délire.

Le diagnostic fut : Il y a une métro-péritonite. Déjà elle avait eu 60 sangsues qu'un médecin lui avait fait appliquer chez elle : c'était insuffisant. Avant-hier nous ordonnâmes 30 sangsues et autant hier. Boissons délayantes, cataplasmes, lavement, bains. Ces deux derniers moyens n'ont pas été donnés hier par oubli, ce qui est très-fâcheux. Aujourd'hui ils seront administrés.

Mais il y a plus qu'une métro-péritonite chez elle : il y a dans la fosse iliaque gauche de la résistance bien marquée ; c'est une tumeur qu'on peut circonscrire. Elle se termine à l'hypogastre ; elle a la forme de la fosse iliaque, et est bien limitée, dure et résistante.

Qu'est-ce que c'est? La première idée qui nous est venue, c'est qu'il y a là un abcès ; vous savez l'abondance du tissu cellulaire entre les muscles psoas. C'est une chose très-grave qu'un abcès dans cette partie.

Il y a plusieurs hypothèses qui peuvent être faites sur ce sujet : il pourrait y avoir une ovarite ; mais si cette maladie existait, la tumeur serait mobile, plus près de l'hypogastre, tandis qu'elle est ici placée dans la fosse iliaque, adhérente et immobile. Seraient-ce des matières fécales accumulées dans l'S du colon? Cette femme avait du dévoiement avant son entrée, mais elle ne l'a plus ; mais en deux jours, elle ne peut avoir eu cet amas de matières fécales. C'est pour cela que j'ai insisté sur le dévoiement.

La constipation est très-importante à connaître. J'ai observé que dans certains cas de constipation opiniâtre, les malades avaient du dévoiement. Cette observation, je l'ai déjà consignée dans le cours de clinique.

Voici, dans ce cas, ce qui arrive : les matières fécales s'accumulent dans les intestins ; elles finissent par irriter les parties, comme s'il y avait un corps étranger. Cette irritation produit l'afflux des liquides. Ceux-ci font dissoudre une partie des matières fécales, et cette partie ainsi dissoute s'échappe entre les matières fécales agglomérées et les parois de l'intestin ; de sorte que les malades se plaignent et accusent du dévoiement. Le médecin qui n'a pas vu ces cas-là s'imagine qu'il y a en effet dévoiement, et il traite malheureusement en conséquence. Or, c'est un état grave que la constipation : elle tue les malades.

J'ai vu deux fois les matières fécales s'accumuler tellement que les intestins se sont rompus en travers, les matières pénétrer dans l'intérieur du ventre, et les malades périr.

Le dévoiement peut donc exister en même temps qu'il y a réellement constipation. L'un n'implique pas contradiction avec l'autre.

Il y a quelque chose de semblable chez cette femme; mais si cela était, le lavement donné aujourd'hui aurait fait disparaître ces matières fécales. X...

GAZETTE DES HÔPITAUX.— Déc. 1838.

MÉMOIRE

Sur les inflammations et les abcès du sein chez la femme;

Par M. GUSTAVE JEANSELME.

L'anatomie chirurgicale, telle qu'elle est comprise de nos jours, est destinée à guider le chirurgien dans ses plus belles recherches. C'est là une vérité qui ne peut plus être révoquée en doute. M. Velpeau vient, d'ailleurs, d'en démontrer, d'une manière remarquable, toute la justesse, dans la dernière édition de son TRAITÉ COMPLET D'ANATOMIE CHIRURGICALE. C'est à l'aide de ce flambeau que ce professeur s'est appliqué à étudier les inflammations et les abcès du sein chez la femme, comme il le fait d'ailleurs pour toutes les affections réputées chirurgicales. Les considérations qu'il a présentées sur ce point de pathologie dans ses leçons cliniques m'ont paru si justes et si conformes à ce que l'on observe au lit des malades, que j'ai cru devoir en faire le sujet d'un travail, qui ne sera pas, je pense, accueilli avec indifférence par les praticiens.

Inflammations du sein chez la femme.

Les inflammations du sein chez la femme sont si fréquentes, leurs suites peuvent être si variées, et dans certains cas tellement graves, qu'il est nécessaire de les étudier avec beaucoup plus de soin qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Pour cela, il est de la plus haute importance de bien distinguer avant tout le tissu qui est le point de départ de la maladie. C'est pour avoir négligé cette distinction qu'on s'entend en général encore si peu sur le sujet qui va nous occuper.

D'après les remarques de M. Velpeau, et d'après les observations nombreuses que j'ai recueillies dans le service de ce chirurgien à l'hôpital de la Charité, les inflammations du sein doivent être divisées en plusieurs ordres, eu égard au siége primitif de la maladie. L'observation démontre en effet que suivant que la phlegmasie a son point de départ dans la couche sous-cutanée ou dans le tissu cellulaire sous-mammaire, ou dans la glande elle-même, elle est loin d'offrir les mêmes symptômes, de suivre la même marche, de présenter la même gravité, et de réclamer les mêmes moyens thérapeutiques. Les inflammations du sein doivent donc être étudiées sous ces trois nuances principales, si on veut en avoir une idée exacte. Chacune de ces nuances offre ensuite deux variétés qu'il est important de ne point confondre dans la pratique.

1° Inflammations superficielles ou sous-cutanées:
- A. Du tissu cellulaire graisseux.
- B. De l'aréole et du mamelon.

2° Inflammations profondes ou sous-mammaires:
- A. Idiopathiques.
- B. Symptomatiques.

3° Inflammations de la glande:
- A. Engorgements laiteux.
- B. Inflammation proprement dite.

1° *Inflammations superficielles ou sous-cutanées.*

La couche cellulo-graisseuse interposée entre la glande et les téguments est loin d'offrir, sur tous les points de la région mammaire, la même disposition anatomique. Examinée en dehors de l'aréole, cette couche est plus ou moins épaisse, raréfiée, et présente tous les caractères du tissu cellulaire sous-cutané général. Aussi, verrons-nous les inflammations qui s'y établissent se comporter comme dans les autres régions du corps. Mais il n'en est plus de même au mamelon et sur son aréole. En approchant de cette partie, la couche cellulo-graisseuse diminue d'épaisseur, perd peu à peu son tissu adipeux, et finit enfin par se confondre d'une manière intime en dedans avec la glande, en dehors avec la peau. On comprend sans peine qu'une pareille disposition doit exercer de l'influence sur les phlegmasies qui se développent dans cette partie de la région mammaire. Il convient donc d'examiner séparément chacune de ces deux variétés d'inflammation.

A. *Inflammation de la couche cellulo-graisseuse.*

Cette première variété n'est, à proprement parler, qu'une inflammation phlegmoneuse dont elle offre à peu près tous les caractères. Cependant, eu égard au voisinage de la glande mammaire, je crois devoir la décrire avec quelques détails. Tantôt diffuse, le plus souvent circonscrite, l'inflammation dont il s'agit présente les symptômes suivants:

Lorsque la phlegmasie occupe une grande étendue, les téguments de la région mammaire revêtent dès le principe une rougeur plus ou moins pronon-

cée, la peau devient chaude et sèche, une douleur piquante et superficielle qu'augmente le moindre attouchement se fait sentir.

Bientôt le gonflement apparaît, et il n'est pas rare de lui voir atteindre un développement considérable, surtout lorsque l'inflammation est intense. Il est à remarquer que, dans ces cas, le mamelon et son aréole ne participent point, ou du moins très-peu, à la tuméfaction. On les voit déprimés, et former une cavité plus ou moins profonde, suivant le degré de développement des parties voisines. C'est là une particularité importante à noter; elle est très-utile dans la pratique pour le diagnostic différentiel des diverses inflammations du sein.

Lorsque la phlegmasie a acquis un tel développement, l'organisme s'en ressent toujours plus ou moins, il y a de la fièvre, de l'inappétence; les malades se plaignent d'un certain degré de céphalalgie; la langue est blanche; on observe enfin tous les symptômes qu'accompagne ordinairement une réaction plus ou moins intense, provoquée par une inflammation phlegmoneuse en général.

Obs. I. — En décembre 1838, j'ai observé dans le service de M. Velpeau à la Charité un cas remarquable de ce genre d'inflammation, chez une jeune femme de 23 ans. Mariée à 19 ans, elle a eu deux enfants qu'elle a nourris, sans en avoir éprouvé le moindre dérangement. Elle est actuellement enceinte de trois mois.

Le 5 décembre, sans cause appréciable, elle a éprouvé dans le sein gauche une douleur, vague d'abord, mais qui a acquis bientôt un certain degré d'intensité.

Le lendemain, son sein est devenu rouge, et le gonflement s'est manifesté. Elle a appliqué chez elle des cataplasmes émollients; mais voyant que la maladie faisait des progrès, elle entre à l'hôpital. Le sein présente une rougeur intense; nous observons un gonflement énorme de toute la région mammaire, à l'exception du mamelon et de son aréole qui semblent déprimés, et forment au milieu de la tumeur une cavité de près d'un pouce de profondeur. Ce caractère suffit à M. Velpeau pour diagnostiquer que l'inflammation était superficielle, et que la glande et les couches sous-mammaires n'y prenaient aucune part. Il en était réellement ainsi; quelques jours après, la tumeur s'abcéda; deux incisions larges et peu profondes suffirent pour opérer le dégorgement; et après deux semaines de traitement, la malade sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

Toutefois, ces cas sont les plus rares; le plus souvent la phlegmasie est circonscrite, et se présente alors sous forme d'une ou de plusieurs bosselures limitées, et d'un volume plus ou moins considérable. Chacune de ces tumeurs inflammatoires offre d'ailleurs tous les caractères du phlegmon circonscrit. Sur une femme qui s'est présentée à la consultation de M. Velpeau, à la Charité, en février 1838, j'ai observé deux tumeurs de ce genre, du volume d'un œuf de poule, occupant la région inférieure de la mamelle gauche. Elles ne dataient que de trois jours, et la malade nous dit en trouver la cause dans un coup qu'elle avait reçu sur le sein une semaine auparavant.

Dans ces cas, surtout lorsque la phlegmasie est très-circonscrite, il y a peu ou point de réaction; l'organisme s'en ressent à peine.

M. Velpeau a admis trois modes de développement des inflammations de la couche cellulo-graisseuse du sein; de dehors en dedans, de dedans en dehors, ou primitivement dans la couche sous-cutanée elle-même. Ce ne sont point là des distinctions purement théoriques, comme on pourrait le croire de prime abord. L'observation attentive des malades ne laisse aucun doute sur ce point. On comprend d'ailleurs que le pronostic de la maladie sera évidemment influencé par la marche qu'elle aura suivie dans son mode de développement.

Dans le premier cas, la phlegmasie sous-cutanée est déterminée par une irritation quelconque de la peau, par les frottements du corset ou de la chemise, par un vésicatoire, par des ventouses, etc. On conçoit en effet que l'irritation de la peau, se propageant dans la couche sous-cutanée, trouve là des tissus plus favorables à son développement, et s'y établisse sous forme d'inflammation réelle. Ici donc la glande n'est pour rien dans le développement de la maladie, et le pronostic ne présente le plus souvent aucune gravité.

Dans le second cas, il n'en est plus ainsi; l'inflammation sous-cutanée se rattache alors presque toujours à une inflammation préalable du tissu glandulaire. Je dis presque toujours, car on conçoit qu'à la rigueur il est possible qu'une violence extérieure exercée brusquement sur le sein développe une inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, allant des parties profondes vers la superficie.

Obs. II. — Le fait suivant que j'ai observé, en 1837, à l'Hôtel-Dieu, lorsque M. Vidal (de Cassis), remplaçait par intérim, M. Breschet, alors occupé du concours pour la chaire d'anatomie, montre jusqu'à l'évidence que les phlegmasies superficielles du sein peuvent être la suite d'une inflammation préalable de la glande.

Une jeune nourrice de 22 ans éprouvait depuis près de deux semaines des douleurs sourdes dans le sein droit. Cet organe avait acquis un développement assez considérable; la peau était à l'état normal. M. Vidal reconnut là un engorgement du sein que je décrirai plus tard sous le titre d'engorgement laiteux, et le traita par les moyens appropriés. Quelques jours après, nous observâmes à la partie interne et inférieure de la mamelle malade une plaque rouge sur la peau. Bientôt cette partie de la région mam-

maire devint le siége d'une bosselure qui ne tarda pas à s'abcéder, et exigea une incision qui fut promptement cicatrisée. Les douleurs sourdes de la mamelle n'en persistaient pas moins, et la glande ne présentait aucune espèce de fluctuation. Plus tard, une nouvelle bosselure, précédée d'une plaque rouge semblable à la précédente, se montra à la partie inférieure et externe; la fluctuation ne tarda pas à s'y faire sentir et une nouvelle incision fut pratiquée. Alors, l'engorgement de la glande se ramollit, et la résolution s'opéra.

Je pourrais citer plusieurs autres faits semblables que j'ai observés dans le service de M. Velpeau à la Charité.

Il arrive enfin que la phlegmasie se développe primitivement dans la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée. Elle reconnaît alors pour cause, tantôt une action quelconque des corps extérieurs; tantôt une prédisposition interne qui nous échappe le plus souvent, ou, comme on le dit, elle apparaît spontanément.

Il est bon de savoir, toutefois, que quel que soit le mode de développement de la maladie, la marche est toujours à peu près la même, et les caractères qui la décèlent aux yeux de l'observateur sont constamment ceux que j'ai indiqués plus haut.

Les terminaisons les plus fréquentes de ce genre d'inflammation sont la résolution et la suppuration. Il arrive pourtant qu'après la disparition de tous les symptômes inflammatoires, il reste encore quelque noyau induré qui persiste plus ou moins longtemps, et qui peut même subir plusieurs sortes de dégénérescences. Mais je n'ai point à m'en occuper ici, ne voulant étudier les inflammations du sein qu'en ce qui les concerne à l'état de phlegmasie.

Abandonnée à elle-même, l'inflammation sous-cutanée du sein se termine presque toujours par suppuration. Le traitement de cette terminaison sera étudié quand nous nous occuperons des abcès. Il nous reste donc à examiner quels sont les moyens que la thérapeutique met à la disposition du chirurgien pour amener la résolution.

Traitement. Quoique le traitement de la phlegmasie qui nous occupe soit à peu près le même que celui que réclament les inflammations sous-cutanées en général, je crois devoir tracer ici la marche que suit M. Velpeau en pareille circonstance, et dont j'ai été souvent à même d'apprécier tous les bons résultats.

Il convient avant tout de faire disparaître autant que possible les causes prédisposantes. C'est ainsi qu'on combattra par les moyens appropriés toutes les irritations de la peau, qu'on évitera toute compression et même tout frottement de la région affectée.

Si la femme est jeune et d'une constitution pléthorique, si l'inflammation est intense et qu'il y ait de la réaction, on débute par une ou deux saignées du bras. Une application de sangsues sur la région affectée est ensuite prescrite; après quoi, on couvre le sein d'un cataplasme de farine de lin que l'on renouvelle deux et même trois fois par jour, et que l'on peut arroser avec avantage, suivant les cas, tantôt de laudanum tantôt d'extrait de saturne. M. Velpeau fait toujours appliquer les sangsues sur les tissus enflammés. L'expérience lui a démontré que placées sur la partie affectée les sangsues sont plus avantageuses qu'autour du mal.

Si l'inflammation est peu intense, ou bien si la malade est d'une constitution faible, il n'est pas nécessaire d'avoir recours aux saignées générales; les sangsues sont alors suffisantes.

Si ce genre de médication était contre-indiqué par quelques causes spéciales, ou bien s'il ne produisait pas tout l'effet désirable, on pourrait alors avoir recours avec avantage aux onctions mercurielles abondantes et répétées deux ou trois fois le jour sur la région malade. J'ai vu à l'hôpital de la Charité plusieurs engorgements inflammatoires du tissu cellulaire sous-cutané du sein qui n'avaient que médiocrement cédé aux émissions sanguines générales et locales disparaître complétement et en très-peu de temps sous l'influence de ces onctions. C'est dans ces cas encore qu'une compression méthodiquement faite produit le plus souvent des résultats inespérés. Je ne puis trop engager les praticiens à faire usage de ce dernier moyen, surtout lorsque l'inflammation a été dissipée en partie et que la maladie est réduite à l'état d'inflammation sub-aiguë.

Lorsque ces divers moyens ont fait défaut, j'ai vu M. Velpeau couvrir le sein d'un large vésicatoire volant. On connaît toute l'extension avantageuse que ce chirurgien a donnée à ce topique. D'ailleurs, je ne dois pas entrer ici dans des détails sur ce point. Pour ne m'occuper que de ce qui se rapporte au sujet que je traite en ce moment, je dirai que quelque avantageux que pût être ce moyen, peu de femmes, jeunes surtout, voudraient s'y soumettre; et je ne pense pas que personne fut tenté de blâmer une pareille résistance. Mieux vaudrait dans ces cas provoquer la suppuration par les moyens appropriés.

Quelle que soit d'ailleurs la médication locale à laquelle on ait recours, il convient toujours de soutenir mollement la mamelle avec un bandage approprié, et d'ordonner à la malade de se coucher sur le côté sain.

Quelque avantageux que soient les moyens dont je viens de parler, il n'en est pas moins vrai que bien souvent il est très-utile d'opérer une certaine révulsion sur les intestins. Si l'inflammation est légère et due à une cause externe, on se borne à pres-

crire quelques lavements laxatifs et des boissons amères ou délayantes ; mais si la phlegmasie est intense, et surtout si elle est le résultat de couches, ou bien si la malade est une nourrice, il convient de faire usage des purgatifs, tels que l'eau de pullna, l'huile de ricin, la scamonée, le jalap, etc. Le calomel dont on a tant vanté les bons effets dans ces derniers temps, en Angleterre surtout, ne m'a pas paru mériter, dans le genre d'inflammation qui nous occupe, la réputation qu'on lui a faite. J'en dirai autant du tartre stibié.

Telles sont les différentes ressources thérapeutiques, au moyen desquelles on peut espérer la résolution des inflammations sous-cutanées du sein. Mais qu'on ne s'y trompe point, cette terminaison est loin d'être constante ; le plus souvent, au contraire, la suppuration est inévitable, surtout lorsque la maladie n'a pas été attaquée à son début. On ne doit même plus espérer la résolution lorsque la phlegmasie existe depuis cinq ou six jours à l'état d'inflammation franche.

B. *Inflammation du mamelon et de son aréole.*

Les tissus qui composent le mamelon et son aréole sont tellement serrés et si intimement unis à la glande, qu'on ne conçoit guère qu'ils puissent être le siége d'une inflammation purement sous-cutanée indépendante d'une affection de la glande elle-même. Cependant il n'est pas rare de voir des phlegmasies se développer sur cette région et être caractérisées par une rougeur tirant sur le livide, par une douleur circonscrite et lancinante et par un gonflement irrégulier qui donne au sein un aspect conoïde. C'est surtout chez les nourrices et les nouvelles accouchées qu'on observe ce genre d'inflammation, qui trouve ses causes dans des exulcérations, des gerçures, ou toute autre irritation de la peau ; très-souvent aussi elle est due à la succion de l'enfant. C'est d'ailleurs une affection si légère, que les femmes se soignent elles-mêmes sans avoir recours aux hommes de l'art; aussi n'en observe-t-on que de rares exemples dans les hôpitaux. J'en ai pourtant vu un cas remarquable en juin 1837.

Obs. III. — Une jeune nourrice se présente à la consultation de M. Velpeau à la Charité, se plaignant de vives douleurs dans le mamelon du sein gauche; elle dit souffrir depuis cinq jours. La peau n'est point excoriée, mais elle offre une rougeur presque livide. Un gonflement assez considérable existe sur toute l'aréole ; le mamelon est double de son volume normal. La malade ne voulant point entrer dans l'hôpital, M. Velpeau fait suspendre l'allaitement, ordonne une application de dix sangsues et l'usage de cataplasmes émollients, en prescrivant à la malade de revenir à la consultation le jour suivant ou le surlendemain. Nous la revîmes en effet deux jours après : la tumeur s'était abcédée, et le pus s'était fait jour au dehors, à travers cinq petites ouvertures de la peau. La malade applique encore des cataplasmes chez elle. Nous ne l'avons plus revue.

D'après la promesse formelle qu'elle nous avait faite de revenir, nous sommes portés à croire qu'elle a été radicalement guérie.

Abandonnée à elle-même, l'inflammation du mamelon et de son aréole se termine ordinairement par suppuration; mais en la traitant convenablement dès le principe, il est rare de ne pas en obtenir la résolution.

Traitement. Retirer l'enfant du sein de la mère, si celle-ci nourrit, est la première condition à remplir dans le traitement de cette affection. Si la phlegmasie est intense, si la femme est d'une forte constitution, et s'il existe un certain degré de réaction, on pratique une saignée du bras, et on ordonne une application de sangsues autour du siége du mal, et des cataplasmes émollients. On doit aussi avoir recours aux révulsifs intestinaux. Mais, dans les cas ordinaires, quelques sangsues et des cataplasmes émollients suffisent pour amener promptement la résolution.

2° *Inflammations sous-mammaires ou profondes.*

Le tissu cellulaire qui sépare la glande du muscle grand pectoral et des cartilages sterno-costaux, est loin d'offrir la même disposition que celui qui est interposé entre la mamelle et les téguments. Sous le sein ce tissu se présente sous l'aspect de lames foliacées semblables à celles de la couche profonde de l'abdomen et des membres. Ainsi les inflammations qui s'y développent ont-elles une grande tendance à occuper une large surface et à revêtir la forme du phlegmon diffus. Nous avons vu au contraire que celles qui se développent dans la couche sous-cutanée sont ordinairement circonscrites et se présentent sous forme de bosselures.

Comme les inflammations sous-cutanées, les inflammations profondes du sein peuvent s'établir de trois manières différentes : tantôt elles reconnaissent pour cause une irritation de la glande elle-même ; ces cas sont les plus fréquents ; tantôt elles trouvent leur origine dans une affection des parois thoraciques, ou même des organes contenus dans cette cavité ; tantôt enfin elles se développent spontanément dans le tissu sous-mammaire lui-même, et alors les causes en sont plus souvent inappréciables. Ce dernier mode de développement est sans contredit le plus rare. Disons quelques mots sur chacun de ces cas, à la suite desquels je présenterai une observation.

A. Il n'est pas rare de voir à la suite d'une inflam-

mation plus ou moins intense de la glande mammaire le tissu cellulaire profond de cette région s'enflammer à son tour et présenter les symptômes que j'indiquerai plus tard. Entre autres exemples de ce genre, je citerai l'observation suivante :

Obs. IV. — Au mois d'avril 1836, une nourrice, âgée de 32 ans, était à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, pour être traitée d'une affection de la glande mammaire gauche. Il était facile de reconnaître aux signes que présentait la maladie que la glande seule était affectée et que les tissus environnants étaient sains. Elle était soumise depuis six jours au traitement que réclamait sa maladie, lorsque tout à coup une fièvre assez intense se développa ; le sein prit un accroissement considérable et revêtit la forme que je décrirai bientôt ; les douleurs devinrent profondes et sourdes.

Il fut facile de reconnaître à ces signes que le tissu cellulaire profond avait été envahi par l'inflammation. Ce diagnostic se réalisa. Trois jours après le développement des symptômes dont je viens de parler, la tumeur inflammatoire profonde s'abcéda. Une large incision fut pratiquée à la partie inférieure et interne du sein, et donna issue à une quantité considérable de pus.

Il est évident ici que la phlegmasie profonde avait son point de départ dans l'inflammation primitive de la glande.

B. Il est peu de praticiens qui n'aient observé la maladie qui nous occupe en ce moment, à la suite d'une affection quelconque des parois thoraciques ou des organes contenus dans la poitrine. M. Velpeau dit avoir observé l'inflammation profonde du sein, dépendant, tantôt d'altérations organiques du poumon, tantôt de fracture, de carie, de névrose des côtes ; tantôt d'épanchements de pus, de sang, de sérosité dans la plèvre. J'ai observé quelques cas de ce genre. Le suivant me paraît digne d'être relaté ici.

Obs. V. — Au mois de décembre 1836, une femme de 37 ans entra à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau. Cette malade était affectée depuis plusieurs mois d'une carie de la quatrième côte dans la partie correspondante au côté externe de la mamelle. Une ouverture fistuleuse existait dans ce point. M. Velpeau se proposait de réséquer la portion malade de l'os, lorsqu'une inflammation violente se développa dans le tissu cellulaire profond de la mamelle. Il y eut une si forte réaction que la malade faillit succomber. Le sein acquit un développement considérable sans que la peau changeât manifestement de couleur ; néanmoins cette tumeur s'abcéda après six jours ; une large incision sur le point déclive donna issue au pus ; et, peu après, tout rentra dans l'ordre. On put alors songer de nouveau à la résection.

S'il est vrai de dire que l'inflammation sous-mammaire reconnaît le plus souvent pour cause une affection préalable de la glande ou des parois thoraciques, il n'en est pas moins vrai qu'elle se développe aussi quelquefois primitivement dans le tissu qui en est le siége. Ici, comme on le comprend facilement, les causes en sont le plus souvent obscures. Néanmoins on conçoit que ce genre d'inflammation du sein puisse se développer à la suite de quelque violence extérieure, qui ne laisse aucune trace dans la glande ou sur les parois thoraciques. Le fait suivant avait évidemment une pareille origine.

Obs. VI. — Au mois de juin 1838, une jeune personne de 18 ans se présenta à la consultation de M. Velpeau, à la Charité. Cinq jours auparavant, elle avait reçu un coup assez violent sur le sein droit. Depuis lors des douleurs sourdes et profondes tourmentaient la malade. Le sein affecté avait acquis un développement double de celui du côté opposé. La peau était presque à l'état normal ; et sans le rapport de la malade, on ne se serait nullement douté que la région affectée avait été le siége d'une violence extérieure. Le gonflement inflammatoire était évidemment situé dans les couches profondes ; la mamelle était comme soulevée en avant. Le pouls était plein et assez dur. Sur le refus que fait la malade d'entrer à l'hôpital, M. Velpeau ordonne une saignée de seize onces, une application de trente sangsues autour du sein et immédiatement après de larges cataplasmes émollients sur la tumeur. Trois jours après, elle revient à la consultation ; il y avait alors une fluctuation évidente. Une large incision, pratiquée à la partie inférieure et interne du sein, donne issue à plus d'un verre de pus. Nouvelles applications de cataplasmes émollients. Quatre jours après, nous la revoyons de nouveau. Le sein avait repris son volume normal ; il n'existait plus qu'un léger suintement purulent ; la plaie avait un bon aspect et tout donnait à penser que la guérison complète ne se ferait pas longtemps attendre. En effet, neuf jours après, tout était rentré dans l'ordre.

Les inflammations profondes du sein peuvent donc être idiopathiques ou symptomatiques. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de leur mode de développement, voici les principaux caractères au moyen desquels on pourra la reconnaître : Le sein offre un développement plus ou moins considérable ; sa surface est tendue, hémisphérique et sillonnée quelquefois de grosses veines. Lorsque l'inflammation est intense, les téguments sont chauds et offrent une teinte légèrement rosée. Dans les cas ordinaires, la peau, tant soit peu chaude, présente, d'ailleurs, sa couleur normale. Le gonflement a ceci de particulier, c'est que la glande mammaire paraît comme soulevée d'arrière en avant, et qu'on n'observe point, comme dans les cas d'inflammation sous-cutanée, de bosselures, de plaques, soit fongueuses, soit li-

vides, à l'extérieur. Ce genre d'inflammation est ordinairement accompagné d'une réaction plus ou moins vive et de tous les symptômes d'une fièvre inflammatoire. A ces signes, il sera toujours facile de distinguer une inflammation profonde du sein de celle qui occupe le tissu cellulo-graisseux sous-cutané de la même région. Nous verrons bientôt quels sont les caractères qui la différencient des phlegmasies de la glande elle-même.

La texture, la disposition des tissus, qui est ici le siége de la phlegmasie, expliquent assez pourquoi sa marche est ordinairement si rapide. Quelques jours suffisent, en effet, pour voir ce genre d'inflammation atteindre son plus haut degré de développement. M. Velpeau dit avoir observé des cas où 48 heures ont suffi pour donner au sein le double et même le triple de son volume naturel. Chez une femme qui s'est présentée en juillet 1838 à la consultation de ce chirurgien, à la Charité, le sein gauche, affecté d'une inflammation du tissu cellulaire profond, avait acquis en trois jours, au dire de la malade, le volume de la tête d'un adulte.

Les terminaisons les plus fréquentes de ce genre d'inflammation sont la suppuration et la résolution. La gangrène du tissu cellulaire a aussi été observée quelquefois. Mais je ne sache pas qu'elle se soit jamais terminée par induration. Ces cas du moins devraient être excessivement rares. La disposition du tissu affecté semble se refuser à une pareille terminaison. D'ailleurs, ce genre d'inflammation a une marche si rapide que la résolution elle-même en est assez rare, et que, le plus souvent, on voit ces tumeurs inflammatoires s'abcéder en quelques jours. Néanmoins, comme la chirurgie doit tout faire pour éviter cette dernière terminaison, et que, d'ailleurs, la résolution peut être provoquée lorsque la maladie est attaquée à son début, je vais indiquer les moyens que la thérapeutique possède en pareil cas, ceux surtout que j'ai vu employer par M. Velpeau.

Traitement. — Dire que la marche des inflammations profondes du sein est très-rapide, et que quelques jours suffisent souvent pour amener la suppuration, c'est établir en principe que ce genre de phlegmasie doit être attaqué à son début avec plus ou moins de force, suivant l'intensité du mal et la constitution des individus. Le siége profond de la maladie explique assez pourquoi, dans cette classe de phlegmasies les topiques, de quelque nature qu'ils soient, exercent ordinairement si peu d'influence sur sa marche. Ce n'est pas à dire pour cela qu'on doive les rejeter. Il convient, au contraire, de couvrir le sein de larges et épais cataplasmes émollients, narcotiques ou résolutifs. Mais, qu'on ne l'oublie point, ce ne sont là que des moyens palliatifs; et l'on se bercerait d'une vaine espérance si l'on pensait ainsi amener la résolution. C'est à un autre ordre de médication qu'il faut recourir en pareil cas. Les émissions sanguines générales et locales, les premières surtout, doivent être placées ici en première ligne. Les saignées devront être larges et pratiquées à des époques rapprochées, pourvu toutefois qu'il n'existe aucune contre-indication. La méthode coup sur coup procure quelquefois des avantages incontestables pour faire avorter l'inflammation. Les sangsues doivent être appliquées autour du sein et non à sa surface. Conjointement à cette médication, il convient de faire usage à l'intérieur du calomel et du tartre stibié à haute dose. C'est par un usage sagement combiné de ces différents moyens qu'on peut espérer de juguler la maladie. Mais toutes ces ressources deviennent inutiles dès que la suppuration est établie, et j'ai déjà dit qu'il est rare qu'après quelques jours d'un état franchement aigu la tumeur inflammatoire ne soit pas abcédée.

Il est inutile d'ajouter que ce serait perdre un temps précieux que de s'arrêter à l'usage de pommades résolutives, mercurielles, iodurées ou autres. L'action d'une pareille médication serait évidemment trop lente, en supposant même qu'elle pût avoir quelque prise sur le mal.

3° *Inflammations de la glande mammaire.*

Beaucoup d'auteurs ont confondu, sous le titre général d'engorgement du sein, plusieurs phlegmasies diverses, dont la glande mammaire peut être le siége. Il importe donc d'établir une distinction sur ce point.

Quoique les inflammations de la glande mammaire puissent se développer sous l'influence des mêmes causes qui produisent cet état pathologique dans les autres régions du corps, il n'en est pas moins vrai qu'elles se rapportent presque toutes au travail de la lactation. Aussi est-ce chez les nourrices et les femmes en couches qu'on les observe le plus souvent. Celles qui résultent d'une cause externe quelconque s'établissent dans le tissu cellulaire inter-lobulaire. Celles qui se développent sous l'influence d'une cause interne débutent tantôt par les conduits lactés, tantôt par le tissu sécréteur, tantôt par le tissu fibro-cellulaire. Celles enfin qui dépendent de la sécrétion laiteuse ont le plus souvent leur point de départ dans les masses lobulaires ou dans l'intérieur de leurs canaux.

La glande mammaire seule offre donc trois variétés distinctes d'inflammation : inflammation des canaux galactophores, inflammation des lobules sécréteurs, inflammation de la trame fibro-cellulaire.

A. Engorgement laiteux. — Inflammation des canaux galactophores.

Retenu, épaissi, concrété dans les canaux qui lui

livrent passage, le lait dilate ces conduits, en augmente le volume, fait naître ainsi de vives douleurs, accompagnées le plus souvent d'une réaction générale, et constitue par là un engorgement du sein assez fréquent, que l'on observe dans les derniers mois de la grossesse de la femme, chez les nouvelles accouchées et chez les nourrices. Cet engorgement n'est point, à proprement parler, une véritable inflammation; mais on conçoit facilement qu'il en devienne très-souvent la cause.

Cette variété d'engorgement du sein est caractérisée par les symptômes suivants : La mamelle prend un développement plus ou moins considérable, ordinairement facile à distinguer de celui qui dépend d'une inflammation profonde en ce que le gonflement, au lieu d'être régulier et uniforme, est bosselé et comme sillonné de cordons durs; chaude et très-sensible à la moindre pression, la peau du sein est peu rouge; quelquefois même elle est plus pâle que dans l'état normal. Il existe ordinairement d'assez vives douleurs, et les malades en expriment la sensation en disant que leur mamelle semble être traversée par une foule d'épingles. Il y a toujours un certain degré de fièvre, et l'appétit est plus ou moins suspendu.

Il est facile de voir à cette courte description que c'est évidemment cette variété d'engorgement du sein qu'Aristote désigne sous le nom de *poil*.

L'engorgement laiteux occupe, tantôt toute la glande, tantôt il est circonscrit sur un ou plusieurs de ces points; il se présente alors sous forme de bosselures plus ou moins dures, d'un volume variable, qui persistent quelquefois fort longtemps et qui ont pu donner le change pour des tumeurs de mauvaise nature. Un fait de ce genre s'est présenté à mon observation en novembre 1837, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau. Une femme couchée au n° 28 de la salle Sainte-Catherine offrait au sein droit une tumeur dure et résistante du volume d'un œuf. Aux caractères que présentait cette tumeur, M. Velpeau crut reconnaître un engorgement laiteux partiel. L'opération est pratiquée, et la tumeur examinée avec soin offre l'aspect d'un fromage. Ses parties se séparent à une légère pression. L'analyse démontre que c'est un composé laiteux.

Les causes de ce genre d'engorgement du sein sont faciles à saisir; on les trouve dans les transitions subites du chaud au froid, dans une sécrétion trop abondante du lait, dans la rétention trop prolongée de ce liquide dans la glande. C'est ainsi qu'on l'observe chez les nourrices qui exposent leur sein à un courant d'air, qui ne donnent à téter qu'à de longs intervalles; chez celles enfin dont la *montée du lait* se fait trop brusquement. Je dois ajouter néanmoins qu'on le voit quelquefois survenir à la suite de quelques maladies internes.

Abandonné à lui-même, l'engorgement laiteux peut disparaître sans développer dans le sein une véritable inflammation. Le rétablissement pur et simple de l'excrétion du lait s'exécute alors sans trouble bien manifeste. Ces cas sont plus fréquents qu'on ne semble le penser généralement. D'autres fois cet engorgement développe une inflammation plus ou moins vive qui peut s'emparer de toute la glande; inflammation qui se termine très-souvent à son tour par la suppuration ou la décomposition du lait. Il importe donc d'étudier avec soin les moyens que fournit la thérapeutique contre cette variété d'engorgement du sein.

Traitement. Il faut avant tout distinguer ici l'engorgement laiteux pur et simple sans phlegmasie manifeste des canaux galactophores, de celui qui est accompagné d'une inflammation plus ou moins intense de ces conduits. C'est pour avoir négligé cette distinction que la thérapeutique est encore assez obscure sur ce point.

Contre le simple engorgement laiteux, les premiers moyens à employer consistent à évacuer le lait, soit par les moyens naturels, soit par les moyens artificiels. C'est ainsi qu'on ordonne à la femme de donner plus souvent à téter à l'enfant, et si ce moyen ne suffit pas ou est impuissant, on se sert des ventouses *ad hoc*. On doit aider l'efficacité de cette première indication par l'application de linges souples, de coussins ouatés, appliqués très-chauds sur le sein. Il faut aussi attaquer en même temps les maladies internes s'il en existe. Il arrive néanmoins que ces premières ressources sont insuffisantes; on doit alors recourir à l'usage de certains topiques. Un liniment composé d'eau de laurier-cerise, d'extrait de belladone et d'éther, dont M. Ranque a vanté les heureux résultats (JOURNAL DES PROGRÈS, t. XIV) est réellement utile dans ces cas. J'en dirai autant du liniment avec l'huile, l'ammoniaque et le camphre préconisé par sir A. Cooper. Mais qu'on ne s'y trompe point, ces liniments ne sont avantageux, et on ne doit y avoir recours que lorsqu'il s'agit d'un simple engorgement laiteux; s'il existait une véritable inflammation, ils seraient dangereux, comme j'ai pu m'en convaincre une fois en juillet 1837 chez une femme qui se trouvait dans le service de M. Velpeau. La formule qu'a adoptée ce chirurgien, et dont j'ai été plusieurs fois à même de juger la valeur, mérite toute l'attention des praticiens; elle se compose d'un ou deux jaunes d'œufs, d'un gros d'ammoniaque et d'un demi-gros de camphre avec addition, suivant les cas, d'autant d'éther. Quatre ou cinq fois le jour le sein est enduit doucement avec cette préparation. Il n'est pas rare d'obtenir par là en quelques jours une fluidification rapide du lait et un dégorgement manifeste. Il est inutile d'ajouter que cette préparation ne serait pas moins dan-

gereuse que les précédentes, s'il existait une véritable inflammation du sein.

Lorsque l'engorgement laiteux co-existe avec une phlegmasie assez intense des parties, il faut alors avoir recours aux traitements généraux et locaux, dont nous allons bientôt nous occuper en traitant des inflammations du tissu mammaire.

Obs. VII. — Le 15 mars 1838 est entrée dans le service de M. Velpeau, salle Sainte-Catherine, n° 5, la nommée Flachet, âgée de 36 ans. Employée comme nourrice depuis près de huit mois, à l'hôpital des Enfants, cette femme a vu depuis ce temps sa santé se détériorer. Il y a deux mois environ, elle a ressenti autour du mamelon gauche (elle n'allaitait que de ce côté) une vive démangeaison, et bientôt de la douleur surtout lorsqu'elle donnait à téter. Forcée de suspendre l'allaitement, elle a vu son sein s'accroître et acquérir un volume considérable; c'est alors qu'elle s'est décidée d'entrer dans l'hôpital.

Le sein gauche a le double de son volume naturel; il est tendu, régulier, douloureux à la pression. Il n'y a pas de changement de couleur à la peau. Le pourtour du mamelon présente un ruban exémateux. Il n'y a point de réaction. La maladie resta pendant deux jours encore dans cet état sans présenter aucun signe d'inflammation. C'était là sans contredit un simple engorgement laiteux; tous les moyens échouèrent pour en amener la résolution.

Le 18, la scène avait changé : la glande était le siége d'une violente inflammation. (Trente sangsues, cataplasmes émollients.)

Le 19, il y a de la fluctuation; une ponction est pratiquée avec le bistouri, et une assez grande quantité d'un pus évidemment laiteux s'écoule par la plaie.

Les jours suivants un érysipèle grave survint et emporta la malade.

Obs. VIII. — Dans le courant du mois de mai 1838, une femme d'une trentaine d'années se présenta à la consultation de M. Velpeau à la Charité. Elle a eu quatre enfants; elle a nourri les trois premiers; elle n'a jamais été sérieusement malade; elle est du reste d'une fort bonne constitution. Il y a trente-trois jours qu'elle a accouché de son quatrième enfant; elle l'a nourri pendant quatorze jours; mais alors pour des raisons qu'elle n'est pas disposée à nous communiquer, elle a cessé l'allaitement. Depuis, ses deux seins ont acquis un développement considérable, le droit surtout. Elle nous observe que c'était précisément celui-là qu'elle présentait le moins souvent à son enfant. La peau de la région mammaire n'a pas changé de couleur.

La malade éprouve dans les seins une espèce de constriction douloureuse. Elle nous désigne cette sensation en disant que ses deux mamelles semblent distendues. Il y a peu de réaction générale.

Aux antécédents de la maladie et aux symptômes qui la caractérisaient, il fut facile de reconnaître un engorgement laiteux. M. Velpeau ordonne à la malade de reprendre l'allaitement et de couvrir ses deux seins de linges souples très-chauds.

Trois jours après, elle revint à la consultation; le gonflement avait diminué de près de la moitié.

La semaine suivante tout était rentré dans l'ordre.

Obs. IX. — Une jeune nourrice portant au sein droit un engorgement laiteux assez considérable se présenta à mon observation, en novembre 1836, dans le service de M. Velpeau, à la Charité. La mamelle affectée n'offrait aucun signe d'inflammation. Le gonflement datait depuis sept jours, et l'allaitement, ainsi que les moyens artificiels employés dans ces cas pour extraire le lait, n'avaient produit aucun résultat. M. Velpeau soumit la malade au liniment qu'il emploie en pareilles circonstances : deux jaunes d'œufs, un gros d'ammoniaque et un demi-gros de camphre. Le sein fut enduit de cette préparation quatre fois le jour. En moins de quinze jours il s'opéra une résolution complète et la malade sortit parfaitement guérie.

B. Inflammation du tissu mammaire et de sa trame cellulo-fibreuse.

Soit que l'inflammation s'établisse de prime abord dans les lobules de la glande, ou dans le tissu cellulaire qui les unit, soit qu'elle s'y transmette des canaux lactés, elle n'en présente pas moins à peu près les mêmes caractères séméiotiques. C'est surtout, et même presque exclusivement chez les nourrices, que ce genre d'inflammation s'observe. Néanmoins, M. Velpeau dit l'avoir observé plusieurs fois chez des femmes enceintes, et quelquefois même dès le troisième mois de la grossesse. Chacun sait, d'ailleurs, que c'est la phlegmasie du sein la plus commune que détermine la lactation ou l'état des couches.

Les symptômes qui la caractérisent sont les suivants : au début, la peau de la région mammaire est peu rouge; il existe quelques douleurs sourdes, vagues, comme disséminées çà et là dans l'épaisseur du sein. Il y a peu de gonflement; le doigt fait seulement reconnaître quelques bosselures dures, résistantes, de volume variable. Mais bientôt, si la maladie n'est point arrêtée dans sa marche, les téguments revêtent une rougeur plus ou moins intense, le sein prend un développement considérable, ordinairement facile à distinguer de celui qui dépend d'une inflammation profonde. Les douleurs sont sourdes et un peu lancinantes et concentrées autour de l'aréole; elles diffèrent de celles que produisent les inflammations sous-cutanées ou profondes, en ce qu'elles ne sont ni pongitives, ni gravatives, ni larges.

Il est facile de comprendre que la marche de ce genre d'inflammation du sein doit être généralement moins rapide que celle des deux espèces de phlegmasie précédemment étudiées. La structure de la glande en donne une explication satisfaisante. En effet, la phlegmasie pouvant passer successivement d'une cloison, d'une bride, d'un lobule à plusieurs autres, il n'est pas rare de la voir durer des semaines, des mois même, avant d'atteindre une terminaison définitive.

Je dois ajouter que le tissu de la glande communiquant par des cloisons fibro-celluleuses, en avant avec la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée ; en arrière avec le tissu cellulaire foliacé, l'inflammation a une grande tendance à se compliquer de phlegmasies sous-cutanées, ou de phlegmasies profondes, et quelquefois de toutes les deux ensemble. Aussi, le pronostic en est toujours plus grave.

Traitement. Pour bien saisir la médication qui convient au genre d'inflammation qui nous occupe, il est important de bien distinguer les cas où la malade est une femme enceinte, ou une nouvelle accouchée, de ceux où il s'agit d'une nourrice. Ainsi, pendant la grossesse, il est évident qu'on ne peut point songer à extraire le lait. Il en est de même pour les nouvelles accouchées, qui sont dans l'impossibilité, ou qui n'ont pas la volonté de nourrir. Il faut alors, dans ce dernier cas, se borner à diminuer la sécrétion laiteuse qui tend à s'établir. La médication la plus rationnelle consiste donc en des saignées générales plus ou moins abondantes, suivant l'intensité de l'inflammation et la constitution de la malade. Les saignées répétées, ou d'après la formule de M. Bouillaud, m'ont paru plus avantageuses en pareil cas que de larges émissions sanguines. Des sangsues en plus ou moins grand nombre doivent aussi être appliquées sur le sein ou autour de cet organe. Comme complément de cette première médication, on aura recours à quelques purgatifs salins, à des bains généraux et à des topiques émollients ou narcotiques d'abord, résolutifs ou légèrement excitants ensuite. Les tisanes altérantes, celles de cannes de Provence, de pervenche, peuvent aussi être employées. Il est aussi très-avantageux de faire usage d'une compression méthodique. Ceux qui suivent avec attention le service de M. Velpeau à la Charité connaissent toute l'utilité que ce chirurgien a su retirer de ce moyen en pareil cas. Il est inutile d'ajouter que la malade doit être tenue à un régime sévère. La médication dont je viens de parler est d'ailleurs applicable à toutes les femmes qui ne nourrissent point.

Si la malade est une nourrice, la première question qui se présente est celle-ci : faut-il ou ne faut-il pas continuer la lactation? Mais cette question, comme l'a très-bien observé M. Velpeau, dans ses leçons, en suppose nécessairement une autre, celle des avantages ou des inconvénients de la sécrétion laiteuse en pareil cas. Une pareille discussion m'entraînerait évidemment trop loin; me bornant donc à ce qu'il y a de pratique sur ce sujet, je dirai avec M. Velpeau que le sein doit être retiré à l'enfant, et que si le lait s'accumulait en trop grande quantité dans la mamelle, il vaudrait mieux l'extraire par les moyens artificiels. Dès que les symptômes inflammatoires ont perdu de leur intensité, il convient alors de présenter de nouveau le sein à l'enfant, avec la précaution, toutefois, de ne pas l'y laisser longtemps, et de lotionner chaque fois le mamelon avec de l'eau tiède. On doit en outre couvrir le sein de larges cataplasmes de farine de lin, et se borner à entretenir la liberté du ventre par quelques lavements, du petit lait, du jus de pruneaux, etc.; mais, à moins d'indications toutes spéciales, il faut mettre de côté les émissions sanguines, les purgatifs et les tisanes dites dépuratives.

Obs. X.—Au mois de septembre 1836, j'observai dans le service de M. Velpeau, à la Charité, une nourrice, âgée de 27 ans, dont le sein gauche était le siége d'une violente inflammation. Cette malade, d'une bonne constitution, avait nourri ses deux premiers enfants sans ressentir la moindre influence de l'allaitement; elle nous dit même qu'à ces époques sa santé semblait en éprouver une impression heureuse. Il y a trois mois et demi, elle a accouché de son troisième enfant, qu'elle a d'abord nourri aussi heureusement que les deux premiers ; mais il y a environ huit jours que, dans une promenade qu'elle fit dans la campagne, elle donna à téter à son enfant sans prendre la précaution de couvrir son sein. Peu d'instants après elle éprouva quelques frissons dont elle devina facilement la cause. Pendant la nuit le sein gauche (c'était celui qu'elle avait donné à son enfant) devint le siége de quelques douleurs.

Le lendemain, l'inflammation se développa, et deux jours après elle entra dans l'hôpital.

Le sein droit est dans l'état normal. La mamelle gauche offre au contraire un développement considérable. Les téguments présentent une rougeur assez intense surtout autour de l'aréole. Le gonflement est concentré sur ce point et donne ainsi au sein un aspect conoïde de forme assez régulière. Les douleurs sont lancinantes, continuelles, et augmentées par la pression, surtout sur l'aréole. Il y a de la fièvre. Le pouls est pourtant peu développé. La malade éprouve un malaise général; il n'y a pas d'appétit. La veille de son entrée à l'hôpital, la malade avait cessé d'allaiter. (Cataplasmes de farine de lin répétés trois fois le jour; petit lait; lavement émollient matin et soir; diète.)

Le lendemain, les symptômes inflammatoires sont un peu calmés. (Même prescription.)

Trois jours après, le gonflement a diminué de

près des deux tiers; la fièvre a cessé; l'inflammation locale a perdu son intensité. M. Velpeau ordonne à la malade de reprendre l'allaitement; celle-ci sort en conséquence de l'hôpital, nous promettant de venir à la consultation. Sept jours après, elle revint en effet : elle était parfaitement guérie.

(*La suite au prochain numéro.*)

GAZETTE MÉDICALE. — Déc. 1838.

RECHERCHES CLINIQUES

Sur le degré de certitude du diagnostic dans les maladies de l'appareil cérébro-spinal;

Par C. FORGET, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg, etc.

« La science du diagnostic tient le premier rang entre toutes les parties de l'art. »

LOUIS. — *Mémoire sur les tumeurs fongueuses de la dure-mère.*

Une remarque aussi ancienne que la philosophie, c'est que l'esprit humain, dans les oscillations qu'il éprouve en recherchant la vérité, se livre alternativement aux écarts d'une croyance aveugle ou d'un scepticisme exagéré. Lorsqu'un nouveau trait de lumière surgit à l'horizon de la science, le peuple des savants le salue avec une soumission aveugle ou le repousse avec un acharnement passionné, selon que la nouveauté flatte ou contrarie les intérêts ou les idées des individus ou des doctrines régnantes. Ces sentiments, il est vrai, sont le plus souvent justifiés par l'exclusivisme des novateurs eux-mêmes. C'est qu'en effet la science est l'œuvre du temps, et c'est à l'observation lente et refroidie qu'il appartient de réduire les idées et même les faits scientifiques à leur valeur réelle.

L'histoire des maladies de l'encéphale justifie les réflexions ci-dessus, et nous permet d'apercevoir, dans toute leur simplicité, le mécanisme et la marche des idées médicales à l'égard des découvertes.

Lorsque Bichat eut mis au jour l'admirable et féconde théorie de la spécialité des tissus, la France médicale se hâta d'appliquer à la nosologie les principes consignés dans le TRAITÉ DES MEMBRANES. Chaque tissu dut avoir son mode d'expression morbide, et les maladies de l'encéphale, sur lesquelles les travaux de quelques auteurs, de Morgagni surtout, avaient déjà répandu quelques lueurs d'analyse, ces maladies ne tardèrent pas à se spécialiser sous la plume de Pinel d'abord, qui, séparant les affections des membranes de celles des parenchymes, scinda la phrénésie des anciens; puis sous celle de Parent-Duchâtelet et Martinet, de MM. Bayle, Récamier, Rostan, Rochoux, Bouillaud, Serres, et principalement de M. Lallemand, qui, dans ses LETTRES SUR L'ENCÉPHALE, a présenté l'histoire des lésions encéphaliques sous un point de vue si lumineux, si facile, que cette simplicité même devait rendre circonspect, eu égard à l'adoption pleine et entière des signes propres à chacune des altérations décrites par le professeur de Montpellier.

Notre intention n'est point d'analyser ces divers travaux et de faire voir comment le diagnostic des maladies encéphaliques était arrivé à ce degré de précision; nous ferons seulement observer que l'œuvre de M. Lallemand marque la limite ascendante de la prétendue certitude du diagnostic de ces maladies, et qu'arrivée à ce point, cette certitude n'avait plus qu'à décroître. Aussi des doutes s'élevaient-ils déjà sur le diagnostic différentiel des lésions des méninges et de la pulpe cérébrale. On fit remarquer, et avec juste raison, qu'en conséquence des lois mêmes de la physiologie, les expressions intellectuelles sensitives et locomotrices, attribuées aux affections des méninges, ne pouvaient rationnellement dériver que de la lésion du cerveau lui-même; que, partant, ces expressions symptomatiques indiquaient plutôt la lésion du cerveau que celle des méninges. Ces considérations, justifiées par l'autopsie, tendirent à jeter quelque obscurité sur le diagnostic des altérations propres aux méninges et à les faire confondre avec celles du cerveau lui-même, sous le nom commun *d'encéphalite*, mot plus vague, mais moins chanceux, d'autant mieux que la thérapeutique gagnait peu à ces distinctions.

D'un autre côté, malgré les efforts de M. Lallemand et consorts pour rattacher toutes les formes de ramollissement cérébral à l'inflammation, les recherches de MM. Récamier, Rostan, Rochoux et autres tendaient à établir certaines formes de ramollissement, indépendantes de l'encéphalite proprement dite.

Il en fut de même de l'apoplexie, qui était caractérisée par des symptômes, lesquels, d'une part, ne se rencontrèrent pas tous dans tous les cas, et qui, d'autre part, se montrèrent dans des cas de simple congestion, de ramollissement, ou même dans des circonstances où l'autopsie ne révélait aucune lésion appréciable.

Rappelons encore que la doctrine de Gall, appuyée de quelques expériences sur les animaux, et même de bon nombre de faits pathologiques, militait pour l'admission de certains phénomènes fonctionnels, coïncidant régulièrement avec la lésion de certaines parties de l'encéphale. Mais ces brillantes espérances s'évanouirent bientôt sous le nombre prépondérant des observations contradictoires.

Quoi qu'il en soit de la valeur des oppositions soulevées contre la certitude du diagnostic appliqué aux diverses maladies de l'encéphale, la réaction, nous osons le dire, a dépassé le but, en conséquence de la loi psychologique établie en commençant; et des écrivains sceptiques ont cru pouvoir s'autoriser des exceptions, pour, en quelque sorte, étouffer la règle. Indépendamment des travaux de détail, des observations isolées, qui sourdement et progressivement altéraient les croyances, deux ouvrages capitaux sont venus, presqu'en même temps, frapper un coup décisif et disperser les débris de l'édifice péniblement érigé par les monographes antérieurs. Ces puissants démolisseurs sont Abercrombie, qui, dans son TRAITÉ DES MALADIES DE L'ENCÉPHALE ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, crut devoir détruire la base anatomo-pathologique, pour lui substituer le diagnostic symptomatique, et M. Andral, qui, dans le 5e volume de sa CLINIQUE, parut s'attacher à faire pour les maladies de l'encéphale ce qu'il avait déjà fait pour d'autres maladies, c'est-à-dire qu'en faisant saillir les anomalies que lui-même ou d'autres avaient rencontrées, il renversa les idées acquises, annula les convictions, et sembla prendre à tâche de bouleverser la science jusque dans ses fondements. Son œuvre, en effet, pour la généralité des lecteurs, n'est qu'un monument de décombres, un chef-d'œuvre de scepticisme, en vertu duquel le praticien se voit condamné à demeurer invinciblement les mains liées en face des faits à venir; car il n'existe plus rien de démontré, rien de probable même, l'auteur paraissant placer les faits exceptionnels au niveau des faits réguliers, opposant continuellement les uns aux autres, comme des puissances égales qui se neutralisent mutuellement. Mais, n'en déplaise au savant maître, pour lequel nous professons autant de vénération que d'attachement, cette marche nous paraît subversive de toute science, elle mène droit à la négation absolue de toute idée médicale et réduit l'art à zéro. Certes, l'œuvre de M. Andral eut un but et produisit un effet de haute portée, car elle eut pour objet, sans doute, et certainement pour résultat, d'opposer une digue puissante à ce vertige de simplification pathologique et d'unité thérapeutique, qui tendait alors à se propager sous l'empire des exagérateurs de certaine doctrine envahissante. Mais le remède ne fut-il pas pire que le mal? Après tout, si là se trouvait la vérité pure, s'il était irrévocablement démontré que, dans l'état actuel de la science, l'observateur n'eût qu'une chance sur deux, ou moins encore, de rencontrer juste dans l'appréciation des lésions de l'encéphale, il faudrait bien, quoi qu'il pût en coûter, reconnaître et accepter l'insuffisance de nos lumières; mais nous ne pensons pas qu'il en soit ainsi, et l'expérience de tous les jours nous démontre que la science est moins arriérée que ne pourraient le faire croire ces élucubrateurs pessimistes qui, sous prétexte qu'elle n'est pas achevée, voudraient la réduire à néant. S'il n'est que trop vrai que le médecin est réduit à n'opérer que sur des probabilités, tâchons du moins d'établir les degrés de celle-ci, et tout en signalant l'écueil, montrons la route qui nous offre le plus de chance d'arriver à bon port.

L'appréciation que nous avons faite de la portée dogmatique du livre de M. Andral s'applique, nous devons le dire, moins au fond qu'à la forme; car M. Andral est statisticien de fait, et n'a que le défaut de ne pas résumer catégoriquement les résultats sommaires, ceux qui donneraient courage au praticien; cette appréciation exprime surtout l'impression que ce livre produit sur l'esprit du commun des lecteurs. Il est, sans doute, malheureux d'être mal compris, mais l'effet n'en subsiste pas moins, et cet effet est funeste à la pratique.

En résumé, nous pensons que l'époque est arrivée où nous pouvons réduire à leur juste valeur les exagérations en sens contraire, pour ce qui concerne les difficultés du diagnostic appliqué aux maladies de l'appareil cérébro-spinal; pour cela, nous n'avons qu'à produire les résultats de l'observation. C'est dans ce but de conciliation que nous avons écrit ce mémoire. Puissions-nous rendre un peu de confiance aux hommes qui voient le progrès ailleurs que dans la destruction des idées généralement admises.

Et d'abord, malgré les savantes oppositions que nous venons de signaler, la raison universelle, le sens commun des praticiens, leur permet chaque jour de porter un diagnostic assez précis dans les cas les plus ordinaires d'affections encéphaliques. Il n'est pas un médecin tant soit peu instruit qui ne croie pouvoir se prononcer avec quelque assurance dans les cas les plus communs de congestion cérébrale, de méningite, d'apoplexie, de ramollissement et même de lésions organiques, telles que tubercules, tumeurs cancéreuses ou autres, qui s'offrent journellement dans la pratique, et, à coup sûr, les erreurs sont l'exception. Ce grand fait, ce fait vulgaire, fait déjà pressentir qu'il y a du vrai dans les principes établis par nos devanciers, et l'opposition à cet égard ne pourrait porter que sur des cas fortuits, des cas rares qui, par cela même, font sensation, et qu'on reproduit seuls, les autres ne présentant rien que d'ordinaire. Ces cas, on ne doit certainement pas les oublier; ils entrent comme élément dans les chances d'erreur; mais ces chances sont assez minimes pour ne pas arrêter l'observateur dans l'énonciation du diagnostic probable et dans l'application des moyens thérapeutiques. Les idées générales sont si bien convenues à cet égard, que de savants observateurs, même parmi les sceptiques, ne craignent pas de produire et de publier des cas de guérison

qu'ils rapportent aux affections les plus litigieuses, des cas de ramollissement, par exemple. C'est ainsi que MM. Bouillaud, Lallemand, Cruveilhier, ont publié des faits de ce genre; que MM. Foville, Carlswell, Bright, rapportent des cas qui ressemblent beaucoup aux précédents. Ce qui se passe dans l'apoplexie semblait devoir établir, *à priori*, la curabilité du ramollissement cérébral; nous n'en sommes pas moins obligés à M. Dechambre et à M. J. Sinnus d'avoir démontré le fait anatomiquement. C'est effectivement une triste extrémité que d'être obligé de produire les précis nécrologiques pour prouver l'exactitude du diagnostic; c'est pourtant à quoi nous ont réduits les difficultés suscitées par les travaux modernes. Enfin, et pour achever de faire voir que les observateurs de premier ordre ont aussi des opinions positives sur la symptomatologie des lésions encéphaliques, nous rappellerons que M. Piorry, dans son excellent TRAITÉ DE DIAGNOSTIC, n'a pas craint de spécifier les signes qui caractérisent généralement les diverses altérations de l'encéphale, tout en faisant ce que nous conseillons de faire, en posant à côté de la règle la réserve des exceptions.

A ce qui précède, nous pourrions borner notre plaidoyer en faveur de la possibilité du diagnostic dans les maladies de l'appareil cérébro-spinal; mais nous voulons y joindre le tribut de nos propres observations, dont quelques-unes, d'ailleurs, comportent un intérêt particulier, et pourront donner lieu à des considérations pratiques de quelque utilité.

Sur 1032 malades observés à la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg, depuis mars 1836 jusqu'à juillet 1838 (deux ans et trois mois), il s'est rencontré 78 cas d'affections que nous avons rattachées aux lésions de l'appareil cérébro-spinal, c'est-à-dire un peu plus du treizième de la totalité des maladies.

Sur ces 78 cas, il en est 46 qui appartiennent à la classe problématique des névroses, maladies dont la nature est en discussion, et qu'on est convenu, jusqu'à présent, de caractériser par l'appareil des symptômes extérieurs. Ce n'est point sur celles-ci que doit porter notre controverse, et nous allons d'abord nous en débarrasser par une simple énumération.

Deux cas de tétanos spontané, traités d'abord par les saignées, l'opium à haute dose (de 10 à 30 grains par jour); puis les frictions mercurielles qui ont paru déterminer la guérison (1).

(1) Un de ces malades était guéri depuis plusieurs jours, mangeait et se promenait dans la salle lorsqu'il fut atteint d'une gangrène du poumon à laquelle il succomba.

Trois chorées, dont 2 promptement guéries par les bains sulfureux, et 1 par l'opium à dose modérée.

Un delirium tremens, dissipé en vingt-quatre heures par neuf grains d'opium.

Une épilepsie, traitée sans succès bien marqué par l'indigo à forte dose (2 onces par jour).

(Les faits ci-dessus ont été publiés dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, 1837-38.)

Trois paralysies saturnines, guéries par la strychnine administrée avec hardiesse et persévérance à l'intérieur et par la méthode endermique.

Trente-deux cas d'accidents hystériformes, dans lesquels, en général, la méthode adoucissante a mieux réussi que les excitants dits antispasmodiques.

Nous ferons remarquer, en passant, combien sont fréquents les accidents nerveux parmi la population calme et lymphatique de la froide et brumeuse Alsace.

Trois hypochondries, ou monomanies des maladies.

Une aliénation mentale, monomanie suicide.

Dans ces 46 cas, du moins, le diagnostic n'a pas failli, et c'est déjà quelque chose. Mais ce n'est pas, je le répète, sur ces maladies que portent les contestations, en ce qui concerne le diagnostic; c'est particulièrement sur certaines formes symptomatiques comme se rattachant plus ou moins constamment à certaines lésions matérielles déterminées de l'appareil cérébro-spinal, à savoir: la congestion, l'inflammation, le ramollissement, l'apoplexie sanguine, et les productions organiques. C'est donc spécialement sur ces divers modes de lésions que vont porter les détails suivants.

Nous traiterons successivement des lésions de l'encéphale proprement dit, et de celles du prolongement rachidien.

ARTICLE PREMIER.

Lésions de l'encéphale.

§ I. — CONGESTIONS ENCÉPHALIQUES.

Nous avons observé 7 cas de cette espèce, dont 1 suivi de mort. Dans les 6 premiers, généralement caractérisés par la pesanteur ou la douleur de tête, la rougeur de la face, l'engourdissement, l'hébétude, une réaction fébrile plus ou moins prononcée, l'exactitude du diagnostic a été confirmée par la promptitude et la facilité avec lesquelles ces symptômes se sont dissipés sous l'influence du repos, de la diète, de quelques évacuations sanguines et des dérivatifs.

Dans le cas suivant, le diagnostic fut captieux; néanmoins, nous ne nous sommes pas laissé complétement abuser par les apparences.

Congestion cérébrale simulant l'apoplexie; mort.

Obs. 1. — Une femme de 50 ans environ, fortement constituée, est apportée à la clinique, dans une matinée d'avril 1836. On nous dit, pour tout renseignement, que cette femme s'est couchée la veille au soir, dans un état d'ivresse, et que ce matin on l'a trouvée sur le plancher où elle était tombée de son lit.

État actuel. Perte complète de connaissance; toute la surface du corps est froide et sudorale; point de traces de lésions extérieures, sauf une légère ecchymose au menton; la respiration est lente, suspirieuse, sans râle trachéal. La malade fume la pipe; les paupières sont fermées; en les soulevant on découvre les pupilles médiocrement et uniformément dilatées, immobiles; les yeux sont fixes et vitrés; le pouls manque aux radiales; le cœur bat obscurément une fois par quatre ou cinq secondes. Résolution et insensibilité complètes des membres du côté droit. En pinçant la peau du côté gauche, on réveille un peu de sensibilité manifestée par quelques faibles mouvements automatiques.

Les assistants prononcent que c'est une apoplexie sanguine; pour moi, j'en doute, par cela seul qu'il n'y a pas respiration stertoreuse, me rappelant les préceptes de notre illustre maître Dupuytren, qui considérait le râle trachéal comme un des signes distinctifs de la compression cérébrale.

La rubéfaction générale, les lavements irritants, l'ingestion de l'ammoniaque, de l'émétique, l'ouverture de la veine qui ne fournit pas de sang, ne peuvent ranimer le pouls. La malade expire insensiblement dans la soirée.

Nécroscopie, 30 heures après la mort.

Cavité encéphalique. Les vaisseaux des méninges sont fortement injectés; la substance cérébrale offre à la coupe un pointillé de sang très-abondant. Nous ne trouvons aucune trace d'épanchement sanguin.

Cavité thoracique. Les poumons offrent un peu d'engouement; le cœur est volumineux.

Cavité abdominale. Quelques rougeurs disséminées dans le canal digestif. Plus de détails seraient sans intérêt actuel.

Voici donc un cas de simple congestion cérébrale apoplectiforme, déterminée probablement par l'ivresse. Cette cause n'a rien de spécifique, car nous l'avons vue déterminer une véritable apoplexie chez un matelot ivre de tafia et trouvé mort dans son hamac. Nous avons signalé la circonstance, absence de râle trachéal, qui nous a empêché de porter le diagnostic apoplexie. C'est à l'observation ultérieure de démontrer si ce signe a la valeur que nous lui avons attribuée dans ce cas. Nous rappellerons encore la dilatation égale des pupilles qui forme présomption, sinon preuve. Toujours est-il que si l'on pesait bien la valeur absolue et relative des symptômes, dans les cas douteux, les erreurs seraient sans doute moins fréquentes. Ce n'est pas que je comprenne bien clairement les différences dans l'appareil phénoménal qui doivent résulter de la compression localisée par un épanchement, ou de la compression disséminée par l'injection cérébrale: l'une et l'autre produisent la paralysie plus ou moins étendue, pourquoi ne produiraient-elles pas le râle trachéal? Mais si le fait d'observation empirique est réel, force nous sera bien de l'admettre. Disons néanmoins que le stertor va se rencontrer dans quelques-uns de nos cas d'encéphalite.

§ II. ENCÉPHALITES GÉNÉRALES.

Nous avons déjà dit que la physiologie et l'observation tendaient à faire confondre l'inflammation des méninges avec celle de la pulpe cérébrale, vu que les phénomènes fonctionnels de la période d'irritation émanaient manifestement du cerveau lui-même. Néanmoins, il peut exister, et il existe en effet des différences dans l'appareil symptomatique, selon que l'irritation affecte la superficie, la substance grise, ou les parties centrales, la substance blanche de l'encéphale. Cette donnée théorique est justifiée par le fait, et les bons observateurs savent très-bien distinguer la prédominance de l'inflammation siégeant dans les méninges. Nous disons prédominance, car les symptômes cérébraux impliquent toujours la lésion cérébrale, ainsi qu'il ressortira de nos propres observations. On peut donc encore réserver le terme méningite à cette prédominance de l'inflammation dans les méninges, et n'appliquer le mot encéphalite qu'aux cas où l'irritation paraît siéger à un égal degré dans le cerveau lui-même et dans ses enveloppes. L'observation suivante nous paraît offrir un type de cette dernière forme.

Encéphalite générale; mort.

Obs. II.—J. Rath, âgé de 28 ans, forte constitution, charpentier, est apporté à la clinique le 20 décembre 1837. Nous obtenons avec peine de ceux qui l'ont accompagné le peu de détails suivants: cet homme travaillait, il y a huit jours, dans une chambre fort chaude. Il en sortit tout en sueur pour travailler dans une cave froide et humide. Dès lors il tomba malade. Il ne se plaignait d'abord que de douleur dans le ventre; puis sont survenus quelques vomissements. Ce n'est que depuis hier qu'il se trouve dans l'état actuel: délire complet, vociférations incohérentes, furieuses, agitation extrême, mouvements désordonnés et convulsifs des membres qui, de temps en temps, demeurent fléchis et contractés. La face est injectée, les yeux, brillants, restent le

plus souvent fermés. Pouls dur, irrégulier, mais assez lent; peau médiocrement chaude et sèche, offrant une teinte ictérique générale assez manifeste. Il nous est impossible d'explorer convenablement les cavités; diagnostic : encéphalite consécutive à une irritation gastro-hépatique. Nous prescrivons une saignée qui ne peut être faite, et des sangsues à l'anus qui ne sont point appliquées, vu l'exaltation du malade, qui cherche à frapper ceux qui l'approchent. Emoll. vésicat. aux mollets.

Le 21, même état : délire, agitation, état convulsif des muscles de la face; les commissures des lèvres sont tirées en bas, grincement de dents, pupilles dilatées, urines involontaires qui tachent le linge en jaune. La teinte ictérique est plus prononcée qu'hier. Pouls fort et dur à 95. (Saignée de douze onces, vingt-quatre sangsues aux mastoïdes, compresses froides sur le front, lavement laxatif.)

Le soir, même état. Les membres sont contractés dans la flexion permanente; facies vultueux, convulsé; vociférations; pupilles dilatées; yeux fixes, paraissant insensibles à une vive lumière. La sensibilité générale est obtuse. Respiration haute, bruyante, un peu stertoreuse; pouls dur et fréquent. En palpant l'abdomen, on perçoit des battements prononcés dans la région épigastrique. (Saignée; le reste *ut supra.*) Des symptômes tétaniques se déclarent. Mort dans la nuit.

Nécroscopie, 36 heures après la mort. Embonpoint conservé, système musculaire prononcé, suffusion ictérique générale.

Cavité encéphalique. Sinus gorgés de sang. Le réseau vasculaire sous-arachnoïdien est fortement injecté. La masse cérébrale est d'une fermeté remarquable et comme augmentée de volume. La substance grise est manifestement rougeâtre; la substance blanche incisée présente un pointillé abondant d'où le sang coule en quantité. L'injection générale diminue à mesure qu'on s'approche de la base. Point de trous de ramollissement ni d'épanchement apoplectique. Point de sérosité dans les ventricules.

Cavité thoracique, poumons sains, cœur normal, un peu de sérosité citrine dans le péricarde.

Cavité abdominale. L'estomac contient un liquide brunâtre, d'une odeur légèrement vineuse. La muqueuse gastrique est généralement rouge et fortement injectée. Le tube intestinal est à peu près sain. Foie volumineux, de couleur brune foncée, gorgé de sang noir qui ruisselle à l'incision. Peu de bile dans la vésicule. Ailleurs, rien de particulier.

Voilà, nous le répétons, le type de l'encéphalite générale à la période d'irritation. Peu importe pour notre objet qu'elle ait été primitive ou consécutive; il serait facile de faire ici la part des phénomènes d'expression propres à la méningite d'une part et d'autre part à la cérébrite : dans la première catégorie nous placerions le délire, l'agitation, les convulsions; dans la seconde, la contracture des membres, le spasme tétanique, l'insensibilité générale, les urines involontaires; pour signes communs aux deux affections, nous aurions l'injection de la face, le changement des pupilles, la chaleur de la peau, l'état fébrile, etc. Cette analyse symptomatique met au jour, ce nous semble, les principaux caractères fondamentaux de l'une et de l'autre affection, et les motifs qu'on peut avoir de diagnostiquer l'une ou l'autre. Elle sert d'introduction naturelle à ce qui va suivre et justifie par avance le diagnostic porté dans les cas suivants.

§ III. Méningites.

Nous avons recueilli onze observations désignées sous ce titre. Dans trois la guérison a eu lieu, huit ont été suivies de mort. Comme nous avons ici pour but de justifier complétement le diagnostic, nous rapporterons de préférence ceux qui appartiennent à la seconde catégorie; et comme les symptômes caractéristiques ont été à peu près les mêmes dans tous, nous nous bornerons à détailler ceux qui ont offert quelques circonstances particulières.

On sait combien sont fréquentes les complications de phlegmasies séreuses dans l'arthrite rhumatismale : à cet égard, la péricardite et la pleurésie occupent le premier rang. Dans l'observation qui va suivre, c'est la méningite qui est venue compliquer une arthrite dont le diagnostic fut assez obscur; mais les détails de l'autopsie peuvent jeter quelque jour sur la nature si contestée du rhumatisme articulaire.

Arthrite rhumatismale; érysipèle phlegmoneux; mort.

Obs. III. — Un homme de moyen âge et d'assez belle constitution est apporté à la clinique, dans la journée du 27 mai 1838. Ceux qui l'accompagnent racontent qu'il se trouvait indisposé depuis quelque temps, mais qu'il continuait à travailler, lorsqu'il y a cinq ou six jours il fut affecté d'un gonflement avec rougeur au pouce de la main droite. On applique quatre sangsues. Au bout de deux jours, l'inflammation du pouce disparaît en même temps que se manifestent des symptômes cérébraux : agitation, délire. On fait une saignée, puis une application de sangsues aux oreilles. Les symptômes cérébraux diminuent et l'inflammation reparaît au pouce, s'étend avec rapidité à l'avant-bras, puis au bras, qui deviennent rouges et considérablement tuméfiés; cependant le délire persistant et devenant même plus considérable, on porte le malade à l'hôpital, où l'élève applique quinze sangsues sur le bras affecté.

Le soir, le délire augmente, le malade veut se lever; les yeux sont hagards, les pupilles dilatées. (Vingt sangsues derrière les oreilles; poudre de calomel et de magnésie, de chaque, deux grains d'heure en heure.)

Le 28, nous le voyons pour la première fois : face colorée, anxieuse; yeux égarés, pupilles dilatées, délire continuel mais assez paisible. Le malade ne répond pas aux questions qu'il ne paraît pas même entendre. Pouls fréquent, assez dur, peu développé. Tout le membre supérieur droit est rouge et très-gonflé. Bien que cet état nous paraisse des plus graves, nous tentons une forte application de sangsues (cinquante) sur le bras, point de départ de la méningite. (Continuer le calomel, catapl., sinap., limon. tartar.) Le malade expire dans la journée.

Nécroscopie, 20 heures après la mort.

Cavité encéphalique. Méninges injectées, notablement épaissies; un peu de sérosité trouble à la superficie. Quelques onces d'un liquide rougeâtre s'écoulent du canal rachidien. Point de sérosité dans les ventricules. Substance cérébrale assez ferme, légèrement et généralement piquetée de rouge (sablée).

Cavité thoracique. Rien de particulier.

Cavité abdominale. Estomac fortement injecté et piqueté de rouge. Les plaques de Peyer sont apparentes, non enflammées.

Membre malade. Rougeur et tuméfaction moins prononcées que pendant la vie. Le tissu cellulaire sous-cutané est notablement infiltré de sérosité rougeâtre et présente dans quelques points de petits foyers purulents. Du pus existe aussi sous l'aponévrose, dans l'interstice des muscles. Sous le biceps existe un clapier qui fuse jusqu'au creux de l'aisselle. Les articulations phalangienne et métacarpo-phalangienne du pouce étant ouvertes, les surfaces articulaires apparaissent fortement colorées en rouge. Le scalpel les entame avec facilité. Ces articulations ne contiennent point de synovie; la rougeur s'étend aux capsules tendineuses et au tissu cellulaire environnant jusqu'à la peau. Les articulations des autres doigts ne présentent rien de semblable.

Voici donc un cas de méningite *métastatique* d'une arthrite point de départ, également, d'un érysipèle phlegmoneux. Ces circonstances et surtout la dernière militent puissamment, ce nous semble, pour la nature *inflammatoire* du rhumatisme. Le seul moyen d'échapper à cette induction serait de nier le caractère rhumatismal et d'envisager l'arthrite comme traumatique, ce qui paraît insoutenable, car il n'est fait mention d'aucun accident éprouvé par le malade; l'arthrite par cause mécanique se complique d'ailleurs très-rarement de phlegmasies internes.

Revenons à la méningite. Nous ferons remarquer que l'inflammation siégeait spécialement dans la pie-mère qui était injectée et sensiblement épaissie. Or, pour nous, la pie-mère est exclusivement le siége de la méningite; nous ne faisons en cela que partager l'opinion de graves autorités sur la matière (Meckel, Ribes, Cruveilhier, Rudolphi, etc.). Cette donnée anatomique peut seule d'ailleurs expliquer les symptômes cérébraux, la pie-mère pénétrant dans les sinuosités des circonvolutions, envoyant des vaisseaux à la pulpe cérébrale et lui communiquant ainsi l'irritation dont elle est le siége. On a vu que le cerveau présentait un piqueté sanguin, et c'est ce qui s'observe, avons-nous dit, dans la grande majorité des cas de méningite. Mais cette lésion cérébrale était légère en comparaison de celle des méninges; aussi l'expression symptomatique de la maladie a-t-elle révélé la prédominance de celle-ci.

Le cas suivant va nous offrir la méningite sous une autre forme anatomique et compliquée de certains états qui pouvaient jeter de l'obscurité sur le diagnostic.

Méningite hémorrhagique; pneumonie; mort.

Obs. IV. — Louise Bon, âgée de 45 ans, de constitution détériorée, est apportée à la clinique le 27 mars 1837. Nous ne pouvons recueillir aucun renseignement sur le début et la marche de la maladie; facies rouge et turgescent; yeux fixes, hagards: membres agités d'un tremblement général. Sans offrir de délire ni de coma bien manifestes, la malade ne répond pas aux questions qu'elle ne paraît pas même comprendre; elle marmotte entre ses dents. On la suppose dans un état d'ivresse. Elle passe la nuit paisiblement et paraît dormir.

Je la vois le 28. Mêmes symptômes que la veille. Point de paralysie ni de contracture des membres; quelques soubresauts dans les tendons. Abdomen volumineux, légèrement météorisé. Lorsqu'on presse sur les flancs, les traits expriment la douleur. Notre attention ne se porte pas vers le thorax. (Saignée, sinapismes aux jambes, compresses froides sur le front, lavement laxatif.)

La malade expire le lendemain dans un état comateux.

Nécroscopie, 24 heures après la mort.

Cavité encéphalique. Épaississement opalin de l'arachnoïde principalement sur la partie antérieure de l'hémisphère gauche; plus en arrière, du même côté, injection considérable des méninges avec transsudation sanguine : le sang épanché et coagulé forme un feuillet d'une ligne d'épaisseur et de trois pouces environ de largeur en tous sens. Cerveau consistant, assez fortement sablé. Peu de sérosité dans l'arachnoïde et dans les ventricules.

Cavité thoracique. Poumons adhérents aux côtes;

le lobe inférieur du poumon gauche est fortement engoué, friable, granuleux, hépatisé dans quelques points. Le poumon droit n'offre que de l'engouement hypostatique. Cœur à l'état normal.

Cavité abdominale. L'estomac et les intestins offrent des arborisations et des plaques rouges disséminées. Du reste, rien de particulier.

Ici notre embarras fut assez grand pour établir le diagnostic. Procédant par voie d'exclusion et considérant l'absence de paralysie et de contracture, nous éloignâmes l'idée d'apoplexie et de ramollissement; restaient la méningite et la congestion cérébrale; l'état de sub-délire et de semi-coma militaient pour l'une comme pour l'autre. L'histoire de l'invasion et de la marche de la maladie pouvait seule nous éclairer à cet égard, et ces détails nous manquaient; aussi restâmes-nous sur la réserve, et la nécroscopie justifia notre prudence, puisque ces deux états se trouvaient combinés. Quant à l'hémorrhagie, elle était trop peu considérable pour donner lieu à des phénomènes de compression. Ce n'était point là l'apoplexie méningée de M. Serres; c'était une méningite hémorrhagique. Or la méningite hémorrhagique a-t-elle des signes propres. Non, car les symptômes sont les mêmes, que ce soit de la sérosité ou du sang qui soient épanchés. La pneumonie fut sans doute pour quelque chose dans la catastrophe; nous regrettons peu néanmoins de l'avoir méconnu; cependant c'est une faute.

On rencontre souvent dans la pratique de ces faits complexes qui semblent bouleverser le diagnostic et dont, au contraire, l'analyse raisonnée confirme les lois de la pathologie; nous en verrons d'autres preuves. Dans les cas pareils s'abstenir n'est pas se tromper lorsque surtout, comme dans le cas actuel, la thérapeutique ne peut en souffrir.

Dans l'observation suivante que nous recommandons expressément à l'attention du lecteur, car elle comporte un progrès, nous le croyons, l'erreur, nous en convenons, fut complète, mais elle était inévitable, et cette erreur pourra servir d'avertissement à l'avenir.

Méningite simulant l'apoplexie; mort; compression par épaississement partiel des méninges.

OBS. V.— Bittmann, âgé de 60 ans, de constitution détériorée, est apporté à la clinique le 20 avril 1828. On nous rapporte que cet homme était habituellement maladif, toussait depuis longtemps et vaquait néanmoins à ses occupations, lorsqu'il y a deux jours, il fut trouvé dans son lit offrant l'état où nous le voyons : maigreur, décubitus dorsal, expression d'anxiété sur la physionomie, yeux fixes, chassieux; respiration haute, stertoreuse; un peu de toux; il avale ses crachats. Pouls petit, assez fréquent; peau fraîche et humide. On ne peut tirer aucune réponse du malade qui paraît entendre à peine. Les membres du côté droit sont complétement paralysés; ceux du côté gauche conservent leurs mouvements. Il ne peut tirer la langue. La sensibilité est généralement obtuse au pincement; râles thoraciques. Abdomen naturel. A cet ensemble de symptômes, nous croyons pouvoir annoncer une apoplexie sanguine dans l'hémisphère gauche du cerveau. (Sinap. aux jambes, lavement laxat. émoll.)

Après quelques alternatives de mieux et de plus mal, le malade expire le 23, troisième jour de l'entrée, le cinquième jour, soi-disant, de l'invasion.

Nécroscopie, 22 heures après la mort.

Cavité encéphalique. Les os du crâne sont d'une minceur remarquable. Lorsqu'on incise la dure-mère, il s'écoule environ quatre cuillerées de sérosité trouble. La pie-mère est injectée et considérablement épaissie par l'infiltration d'une substance gélatineuse très-consistante. Cet épaississement est principalement marqué sur l'hémisphère gauche où il offre six à sept lignes et envoie des prolongements qui pénètrent entre les circonvolutions, lesquelles sont aplaties et comprimées en tous sens. La substance cérébrale est généralement sablée. On ne rencontre aucune trace d'épanchement sanguin. Point de sérosité dans les ventricules.

Cavité thoracique. Adhérences anciennes entre les plèvres. Les poumons, à la base et en arrière, sont affectés d'engouement hypostatique; leur sommet est farci de tubercules à divers degrés. Les bronches sont gorgées de mucus puriforme, etc.

Cavité abdominale. Rien de particulier.

Hémiplégie survenue subitement au dire des porteurs; perte de connaissance, point de contracture; ne sont-ce pas là les signes essentiels de l'apoplexie? oui, sans doute; mais ce sont plus directement les symptômes de la compression d'un hémisphère; or, au lieu d'être produite par du sang, cette compression résultait d'un épaississement circonscrit des méninges. Cette particularité rend tout à fait improbable la circonstance d'invasion subite; nous avons été induits en erreur à cet égard, et c'est pourtant ce qui a décidé le diagnostic apoplexie; la méningite avec épanchement produit la paralysie générale. Je ne connais pas d'observation de méningite aiguë où l'hémiplégie ait été produite par un épaississement circonscrit des méninges; or ce fait est désormais constaté. C'est une cause de compression locale à joindre à celles déjà connues.

Donc nous nous sommes trompés ou plutôt nous avons été trompés. Si nous avions pu suivre la marche antérieure de la maladie nous eussions certainement porté un autre diagnostic, ce qui ne veut pas dire que nous nous fussions fait une juste idée de

l'altération réelle; car il s'agit ici d'un cas exceptionnel qui, tout extraordinaire qu'il est, n'offre cependant rien que de conforme à la pathologie rationnelle.

Le cas suivant n'est pas sans analogue dans la science; pourtant quelques scrupules nous restent sur l'exactitude de nos investigations, les caractères nécroscopiques offrant beaucoup de désaccord avec les symptômes; néanmoins, nous le produisons tel quel.

Symptômes de ramollissement; mort; simple méningite.

Obs. VI. — Diebold, âgé de 45 ans, d'assez forte constitution, intelligence obtuse, sort de la maison de refuge pour entrer à la clinique en décembre 1836. Il se plaint alors de céphalalgie sincipitale, sifflement dans les oreilles, douleurs et faiblesse dans les extrémités inférieures, datant de plusieurs années. Les autres fonctions sont normales. Un jour, il se présente offrant une contracture des doigts et des poignets, lesquels sont fortement fléchis et bizarrement contournés; il y éprouve des fourmillements. Il rapporte avoir souvent éprouvé cet accident qui, du reste, se dissipe spontanément en peu de jours. Bien que nous soupçonnions la simulation nous prescrivons : saignée de douze onces, orge émétisé, pédil., sinap.

La contracture disparaît promptement; mais après quelques jours elle se manifeste aux mâchoires que le malade peut à peine entr'ouvrir; les autres fonctions sont normales. La singularité de ces accidents, moins pourtant que les antécédents du malade, nous fait supposer qu'il nous trompe et nous le renvoyons.

Il se représente quelques semaines après, le 2 mars, avec cette même contracture des membres supérieurs dont nous avons parlé; les quatre derniers doigts des deux mains sont en demi-flexion, les pouces fortement fléchis dans la paume des mains; celles-ci sont elles-mêmes demi-fléchies sur les avant-bras, et ceux-ci sur les bras. On emploie beaucoup de force pour étendre ces parties, le malade n'opposant aucune résistance et n'accusant point de douleur. Il se plaint de céphalalgie, de tintements d'oreilles. Intelligence nette, point de paralysie; les jambes sont légèrement œdématiées. Bain émoll., opium 1 grain.

Les jours suivants, la contraction diminue; l'œdème augmente; il s'étend aux cuisses, au scrotum. Chiend. nitré, pilules laxat., frict. de teint. de scille et digit.

Le 12 mars, la contracture des membres supérieurs augmente de nouveau; il survient de la rigidité dans les mâchoires. Quinze vent. scarif. aux tempes.

Le 13, la contracture a disparu. Intelligence et mouvements libres; l'œdème persiste. Diurétiques.

Le 19, du délire est survenu tout à coup dans la nuit; il persiste ce matin; la contracture des mains et des avant-bras est reparue telle que nous l'avons décrite; les autres articulations offrent de la raideur; les extrémités sont froides. Yeux hagards, roulant dans leurs orbites; pupilles également contractées; le malade ne répond aux questions que par quelques mots sans suite; il agite sa tête et pousse des gémissements; il ne sent pas lorsqu'on le pince. Un flacon d'ammoniaque placé sous le nez ne détermine aucune contorsion. Respiration difficile, entrecoupée; pouls fréquent et petit; selles involontaires. On applique à la nuque deux moxas dont le malade ne paraît pas avoir la sensation. Sinap. aux jambes; pot. antispasmod.

Dans la journée, il survient du râle avec cyanose; mort le soir.

Nécroscopie, 36 heures après la mort.

Cavité encéphalique. Crâne assez régulièrement conformé; boîte osseuse d'une épaisseur notable. Sur la convexité des hémisphères, les méninges sont sensiblement épaissies et présentent des plaques opalines dans une étendue de plusieurs pouces. La pie-mère est généralement injectée. La pulpe cérébrale est assez consistante, légèrement sablée. Nous ne découvrons nulle part de tumeur, de ramollissement de lésion organique quelconque dans le cerveau, le cervelet, la protubérance, la moelle allongée et la moelle épinière. Il existe très-peu de sérosité dans les ventricules et à la base du crâne.

Cavité thoracique. Poumons adhérents aux côtes, mais sains, sauf un peu d'engouement hypostatique. Cœur assez volumineux, sans altération appréciable.

Cavité abdominale. Quelques réseaux d'injection dans le tube digestif. Les autres organes sont à l'état normal.

Dans cette curieuse observation, le diagnostic probable, celui que nous établîmes, indiquait une lésion organique ancienne, une tumeur peut-être, produisant autour d'elle un peu de ramollissement, cause de l'engourdissement et de la contracture intermittentes. Quant à la catastrophe, elle s'expliquait par la recrudescence du ramollissement, et l'invasion d'une encéphalite ultime. Nous avons trouvé l'encéphalite, ou du moins la congestion, mais de production et de ramollissement point; et, à leur place, des vestiges de méningite chronique, manifestée par l'épaississement et l'état opalin des membranes à la convexité des hémisphères.

Eh bien! quelque explicites que soient les détails de l'autopsie faite en présence de nombreux témoins, nous nous demandons encore si rien ne nous est

échappé. Les amateurs du merveilleux y mettraient moins de façons; mais nous qui pensons que la nature est conséquente dans ses manifestations, nous aimons mieux croire à une erreur de notre part que de la sienne. Nous prions le lecteur de rapprocher ce fait des observations X et XVIII.

Parmi les phénomènes ordinaires dans la méningite aiguë, selon la plupart des observateurs et d'après les chiffres de M. Andral lui-même, se trouvent le mouvement fébrile, la coloration de la face, et autres signes d'excitation circulatoire. Or, l'absence de ces symptômes capitaux a jeté longtemps de l'obscurité sur le diagnostic dans le cas suivant.

Méningite sans fièvre; mort.

Obs. VII. — Burkart, âgé de 50 ans environ, de constitution grêle et détériorée, cloutier, est apporté à la clinique le 5 avril 1838. Les personnes qui l'accompagnent rapportent qu'il est d'une assez faible santé; qu'il n'a jamais présenté de symptômes d'aliénation. Il y a dix jours environ qu'il éprouva du frisson, du malaise, auxquels succédèrent de la chaleur et une vive céphalalgie qui l'obligèrent à s'aliter. Bientôt apparurent du délire et de l'agitation. Plusieurs fois le malade a tenté de se précipiter par la fenêtre.

État actuel. Facies pâle, agité de mouvements spasmodiques bizarres; yeux fixes, non injectés; regard stupide; pupilles contractées. Le mouvement et la sensibilité sont conservés. Le malade porte fréquemment la main sur sa tête, et renouvelle souvent l'action de se moucher, bien que les narines soient libres. Il agite constamment ses membres; on ne peut obtenir de lui aucune réponse. Emoll.; sinap. aux jambes.

Le 6, état de la veille, alternatives d'agitation et de délire tranquille. On nous dit qu'il a mangé une partie de ses sinapismes puis qu'il a vomi. Le pouls est à peu près normal. Les organes thoraciques et abdominaux n'offrent rien de particulier. Nous diagnostiquons : méningite de moyenne intensité. Douze sangsues aux oreilles, lav. purgat.; vésic. aux mollets.

Le 7, l'intelligence paraît un peu revenue : le malade tire la langue lorsqu'on l'en prie. Elle est humide et rosée; grimaces continuelles. Le délire, paisible, porte sur les choses relatives au métier du malade. Ce délire, vu l'absence de fièvre, de chaleur, de coloration, paraît plutôt nerveux qu'inflammatoire. Limon. de tamarins; lav. laxat.; opium 1 grain.

Le 8, un peu de sommeil pendant la nuit; regard hébété; pouls lent; extrémités froides. Les gesticulations persistent, malgré le calme apparent. Soupçonnant avoir peut-être affaire au *delirium tremens*, nous augmentons la dose d'opium (4 grains). Solut. de gomme; bouillon.

Le 10, il y a eu hier de la somnolence avec carphologie (il n'avait pris que 2 grains d'opium). Ce matin, il est plus éveillé, mais ne répond pas. Abdomen tuméfié, douloureux. On perçoit le globe vésical où passe la sonde, qui amène un litre d'urines normales. Solut. de gomme; vésicat. aux mollets.

Les jours suivants, la stupeur reparaît; la paralysie reste toujours bornée à la vessie. Le pouls est toujours calme. On reconnaît qu'une eschare se forme au grand trochanter droit. Malgré les dérivatifs internes et externes, le malade s'éteint le 13.

Nécroscopie, 36 heures après la mort.

Cavité encéphalique. Os du crâne assez minces; méninges fortement injectées. A la partie antérieure et supérieure de l'hémisphère gauche sous l'arachnoïde, épanchement en nappe mince de lymphe plastique passant à l'état de pus. La base de l'hémisphère droit est tapissée d'une exsudation pseudo-membraneuse qui unit les lobes entre eux. Quelques cuillerées de sérosité dans les ventricules. La substance cérébrale est ferme, un peu sablée; la voûte à trois piliers paraît sensiblement ramollie.

Cavité thoracique. Quelques adhérences des plèvres, quelques tubercules au sommet des deux poumons qui sont sains du reste. Cœur normal.

Cavité abdominale. Adhérences anciennes entre les circonvolutions de l'intestin grêle; quelques rougeurs sur la muqueuse intestinale. Vessie distendue par les urines adhérente à la paroi intérieure de l'abdomen; la muqueuse vésicale est épaissie et fortement injectée.

Dans ce cas, les phénomènes de réaction ont existé probablement dans le principe; mais à l'époque où nous avons vu le malade, l'absence de fièvre, la pâleur générale, la lenteur et la faiblesse du pouls rendaient douteuse la méningite que pourtant nous avons reconnue; plus tard, il est vrai, nous avons soupçonné le delirium tremens, et ce n'est que lorsque la vessie s'est paralysée que nos idées se sont rectifiées. N'est-il pas remarquable pourtant que cette paralysie se soit bornée au réservoir urinaire? Voilà donc un délire sans fièvre; or, c'est ainsi que l'aliénation mentale est définie par quelques auteurs. Cette définition est vicieuse, ou du moins incomplète, puisque la méningite franche peut exister sans fièvre.

Notre incertitude a pu être préjudiciable au malade; car elle nous a empêchés d'insister sur les antiphlogistiques directs. Cependant, nous aimons à croire que la maladie était trop avancée pour laisser beaucoup d'espérance.

« Ce serait rendre un grand service aux praticiens,

dit M. Cruveilhier, que de leur donner des signes certains à l'aide desquels ils puissent, dans tous les cas, distinguer le délire idiopathique du délire symptomatique. » (ANAT. PATHOL., in-folio, fièvre typh.) Ce n'est pas pour résoudre cette difficulté, mais bien plutôt pour la faire ressortir, que nous rapportons l'observation suivante où nous sommes restés jusqu'au bout incertains sur le siége réel de la maladie.

Symptômes de méningite, puis d'affection typhoïde; guérison.

OBS. — Régina Wends, âgée de 23 ans, de constitution forte et sanguine, servante, entre à la clinique le 5 octobre 1836. Elle raconte avoir beaucoup travaillé, s'être refroidie, avoir éprouvé une suppression de règles et être indisposée depuis cette époque, qui date de trois semaines.

A son entrée, facies injecté; céphalalgie violente; bourdonnements dans les oreilles, vision trouble; tendance aux lypothimies; pouls dur, accéléré; peau chaude. On ne découvre rien du côté de la poitrine ni de l'abdomen. Limon. tartar.; lav. émoll.; pédil. sinap.

Le 6, pendant la nuit, délire violent. Ce matin, exaltation dans la physionomie; loquacité; parole brève. Cependant elle répond juste. Pouls résistant, à 115; peau chaude et coloriée; petite toux sèche. Saignée de 15 onces; looch; lav. émoll. (La saignée offre un caillot volumineux, couenneux, consistant.)

Le 7, délire dans la nuit. Ce matin, face injectée; ouïe dure; réponses embarrassées; pouls résistant, à 120. Saignée de 10 onces; compresses froides sur le front, *ut supra*. (Caillot consistant, sans couënne.)

Le 8, délire nocturne. Ce matin, stupeur, réponses justes mais embarrassées; toux; expectoration muqueuse; râle muqueux disséminé dans le thorax; pouls vif et fréquent, à 128. Langue rouge; constipation; abdomen indolent.

Nous avions cru jusqu'ici à une irritation encéphalique, nous commençons à redouter la fièvre typhoïde à forme inflammatoire. Quinze sangsues sur la fosse iliaque droite; looch; lav. huileux.

Le 9, délire nocturne. Ce matin, pâleur, affaissement; réponses lentes mais justes; pouls moins dur, mais à 140; constipation; abdomen indolent. Douze sangsues derrière les oreilles; huile de ricin, 1 once; looch.

Le 10, délire moins intense mais continu; sourire hébété; crachats légèrement rouillés; thorax sonore; râles simplement muqueux et sibilant; pouls à 120, langue humide et rosée; selles naturelles. Lot. acid. sur les membres; sinap. aux jambes; looch.

Le 11, amélioration sensible; point de délire; crachats muqueux; constipation; pouls à 120, *ut supra*; lav. laxat.

Le 12, plus mal; sub-délire; affaissement; dyspnée; pouls, à 128. Dix sangsues aux oreilles; lotions acidulées; looch; lav. émoll.

Le 13, faiblesse; oppression (44 inspir.); pouls assez large, à 120. Saignée de 12 onces, sans couënne, *ut supra*.

Le 14, oppression diminuée; toux persistante; sonorité; râles du thorax. Vingt vent. scarif. dans le dos; looch, etc.

Les jours suivants, l'amélioration se confirme; la toux et la fréquence du pouls persistent. Emplâtre stibié sur le dos; émollients. Quelques jours après, ventouses scarif.; digitale à doses légères.

Le 25, sauf la faiblesse, la malade est très-bien et mange le quart. Elle se lève le 30 et sort le 12 novembre.

La maladie a duré de 20 à 25 jours; elle a guéri sous l'influence de trois saignées générales et de cinq saignées locales secondées des émollients.

Cette observation n'a pas besoin de longs commentaires : pour les anciens, c'eût été une fièvre inflammatoire, une phrénésie, peut-être une fausse péripneumonie. Nous hésitons, nous, entre une méningite et une fièvre typhoïde. Il est vrai qu'aucun phénomène significatif ne se manifeste du côté de l'abdomen, que l'observation ne fait pas mention de taches typhoïdes; mais on sait combien la marche de l'entérite typhoïde est parfois insidieuse. Les praticiens apprécieront notre embarras.

Dans ce qui précède, nous avons franchement confessé les difficultés du diagnostic dans certaines circonstances. Mais si l'on songe que sur les dix-neuf cas dont font partie les observations précédentes, nous n'avons erré que deux fois (obs. V et VI); que la prudence nous a commandé le doute quatre fois (obs. I, IV, VII, VIII); que dans ces derniers cas le diagnostic véritable ne nous a point échappé, à vrai dire, mais que l'incertitude n'a porté que sur des complications possibles; si l'on considère, en outre, qu'une seule fois (obs. VII), le doute a pu être préjudiciable au malade, eu égard aux moyens thérapeutiques à mettre en usage, les praticiens reprendront confiance dans le diagnostic, et reviendront un peu de la terreur qu'inspirent les livres où la pathologie de l'encéphale est représentée comme enveloppée d'obscurités impénétrables et de funestes écueils. Ces réflexions consolantes vont trouver, nous l'espérons, de nouveaux appuis dans ce qui va suivre.

§. IV. RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL.

Nous plaçons cette forme de lésion à la suite des

inflammations proprement dites ; car, en dépit des distinctions qu'on a voulu établir, avec raison sans doute, il n'en est pas moins vrai, dans notre opinion, que le ramollissement de forme inflammatoire est de beaucoup le plus commun.

Dans cet article, nous comprendrons certaines lésions de l'encéphale dont, anatomiquement parlant, on peut bien faire des classes particulières ; mais qui, sous le point de vue pratique, doivent être souvent confondues avec le ramollissement. C'est ainsi que les productions morbides intra-crâniennes (tumeurs fibreuses, cancers, tubercules, hydatides, exostoses, etc.) produisent fréquemment des accidents, lesquels dépendent plus immédiatement de l'inflammation, du ramollissement qu'elles provoquent autour d'elles. Il est même assez rare que ces productions occasionnent la mort par les seuls effets de la compression, et lorsque ceux-ci préexistent, c'est presque toujours l'inflammation qui termine la scène. On peut en juger en lisant le mémoire de Louis sur les tumeurs fongueuses de la dure-mère (Mém. de l'Acad. de Chirurg.). C'est donc le ramollissement, ou plutôt l'inflammation qui, dans ces cas complexes, réclame principalement l'attention du praticien, impuissant le plus souvent à conjurer la cause provocatrice.

A cet égard, nous pourrions diviser le ramollissement en primitif, c'est-à-dire survenant sans cause matérielle appréciable, et en consécutif ou résultant de la présence d'un corps étranger irritant. Un cas de chacune de ces espèces s'est offert à notre observation ; plus un troisième, où nous n'avons pu établir que des probabilités.

Ramollissement du cerveau ; mort.

Obs. IX.—Fr. Lamadou, âgé de 65 ans, de forte constitution, ancien militaire, entre à la clinique le 16 août 1836. Il rapporte qu'il est sujet aux affections rhumatismales. Il y a cinquante jours environ, il fut pris de douleurs vagues, avec tiraillements passagers dans les membres ; céphalalgie frontale ; point de fièvre, appétit conservé. Diverses tisanes, des frictions d'alcool camphré furent employées sans effet avantageux. Il y a deux jours, vers midi, sans exacerbation préalable ni cause déterminante connue, il s'aperçut que tout à coup le bras et la jambe gauches refusaient d'obéir à la volonté. Bientôt, hémiplégie complète, sans altération des facultés intellectuelles.

Le 17, face colorée, tendance au sommeil, point de céphalalgie, les idées sont nettes, les réponses justes. L'angle des lèvres est un peu tiré à droite ; cependant les mouvements de la face sont réguliers, la vision et l'ouïe sont intactes. Paralysie complète du mouvement dans le côté gauche du corps ; la sensibilité de ce côté est légèrement obtuse. Le malade ne peut s'asseoir ni même lever la tête ; les mains sont agitées de temps en temps de mouvements convulsifs ; les membres gauches offrent un peu de roideur dans les articulations ; la langue se dévie légèrement à gauche ; elle est blanchâtre ; la bouche est amère ; la soif est prononcée. L'abdomen est souple, un peu douloureux à la pression ; coliques assez vives pour causer de l'insomnie et arracher des plaintes. Constipation de trois jours ; les lavements ne sont pas rendus ; émission des urines difficile, accompagnée d'ardeur au passage. Pouls large, lent, régulier, respiration normale.

Nous diagnostiquons : ramollissement dans l'hémisphère droit du cerveau ; saignée de 15 onces ; chiendent ; lav. laxat. La constipation persistant : calomel et résine de jalap, de chaque, 6 grains.

Le 18, somnolence sans délire, bouche tirée à droite ; l'œil de ce côté se ferme plus vivement que l'autre. Les boissons refluent par l'angle gauche de la bouche ; vésicat. à la nuque ; frict. ammoniac. sur les membres paralysés ; chiend. nitré.

Le 19, il est plus éveillé ; il nous apprend qu'il fut longtemps affecté d'hémorrhoïdes qui n'ont pas paru depuis six mois. Quelques tiraillements du côté paralysé, dont les articulations sont toujours un peu roides. Constip. opiniâtre ; urines libres. Dix sangsues à l'anus ; chiend. nitré ; frict.

Le 21, nous tentons l'extrait alcoolique de noix vomique ; un quart de grain.

Le 23, il a pris un demi-grain de noix vomique ; le soir, face injectée ; céphalalgie ; léger délire. Quinze sangsues à l'anus. On suspend la noix vomique le lendemain ; délayants laxatifs.

Le 25, somnolence ; il répond à peine ; la sensibilité paraît éteinte à gauche comme la motilité. Compresses froides sur la tête ; vésicatoire à la cuisse.

Le 26, coma profond ; respirat. stertoreuse ; extrémités froides ; vésicat. aux jambes. Mort le soir.

Nécropsie, 36 heures après la mort.

Cavité encéphalique. Adhérences des méninges au bord tranchant des hémisphères. L'arachnoïde et la pie-mère paraissent injectées et épaissies dans quelques points de la convexité. Pulpe cérébrale sensiblement pointillée de rouge. En incisant horizontalement et par couches, de haut en bas, on rencontre dans l'hémisphère droit, en dehors du ventricule latéral, un noyau pulpeux, assez nettement circonscrit, dont la couleur, mêlée de rouge et de jaune, tranche sur le reste de la substance cérébrale. Ce ramollissement intéresse un peu le bord externe du corps strié, de la couche optique et la substance blanche circonvoisine. Il offre à peu près un pouce de diamètre en tous sens. Peu de sérosité dans les ventricules.

Cavité thoracique. Poumons et cœur à l'état normal.

Cavité abdominale. Injection vasculaire disséminée dans l'estomac ; matières durcies dans les lacunes du gros intestin. Rien de particulier dans les autres viscères.

Voici un ramollissement modèle, sous les rapports symptomatique et anatomique. Aussi le diagnostic ne fut-il pas douteux. On aura remarqué l'invasion subite (au rapport du malade) de l'hémiplégie ; mais on n'aura pas perdu de vue les prodrômes. C'est probablement pour avoir négligé cette dernière circonstance qu'on a donné certains cas de ramollissement comme produisant la paralysie d'une manière aussi subite que l'apoplexie ; nous ne nions cependant pas absolument le fait ; mais ces cas doivent être rares. On ne conçoit guère d'ailleurs la formation subite d'un ramollissement.

Nous avons traité celui-ci sans espoir, car alors, avec la plupart de nos maîtres, nous pensions que le ramollissement est incurable. La noix vomique a été donnée pour faire quelque chose, mais à contre-cœur; cette substance étant contre-indiquée dans l'état aigu des affections cérébrales ; peut-être même, dans le cas présent, a-t-elle hâté la terminaison funeste.

Dans l'observation suivante, bien que la marche de la maladie ait été plus obscure et la catastrophe plus rapide, le diagnostic réel ne nous a point échappé.

Tumeurs fibreuses de la dure-mère; ramollissement périphrénique ; maladie du cœur ; mort.

Obs. X. — Krauss, âgé de 59 ans, gantier, entre à la clinique le 5 décembre 1837. Il dit avoir joui jusqu'à l'an dernier d'une assez bonne santé, si ce n'est qu'en 1814 il eut une fièvre dite nerveuse. Il y a onze mois qu'il éprouva des palpitations, de la dyspnée augmentant par le moindre exercice; puis de la céphalalgie, des vertiges, des pesanteurs de tête ; puis ses jambes se sont infiltrées. Depuis plusieurs mois, il retient difficilement ses urines, et depuis trois il éprouve une grande faiblesse dans les membres inférieurs.

État actuel. Intelligence nette, quoique bornée ; physionomie un peu stupide ; sens intacts ; parole libre. Le malade meut facilement tous ses membres ; mais il ne peut se tenir debout ni faire quelques pas sans être soutenu. Les jambes sont légèrement infiltrées. Soufflure assez sensible à la région précordiale, matité de quatre à cinq pouces. Les bruits du cœur s'entendent sans impulsion dans tout le côté gauche. Le premier bruit est remplacé par un souffle prolongé ; le second est net. Les battements du cœur sont lents, irréguliers, une pulsation manque de temps en temps; le pouls est petit et d'un rhythme semblable à celui du cœur, un peu de dyspnée. Bruit respiratoire anormal. Langue blanchâtre; appétit et soif médiocres ; selles naturelles ; incontinence incomplète des urines, qui sont limpides et ne précipitent pas par l'acide nitrique, lequel donne lieu à un peu d'effervescence. La vessie ne fait pas saillie à l'hypogastre. Chiend. ; frict. de teinture de cantharides à la partie int. des cuisses.

Cet état demeure stationnaire jusqu'au 26 du même mois ; dans cet intervalle de vingt jours, le cœur fixe principalement notre attention. Mais ce jour-là, le malade est pris de convulsions épileptiformes : distorsion des traits, contorsion des membres, écume à la bouche, perte de connaissance, etc. Le calme se rétablit après quelques instants.

Le 27, dyspnée, matité en arrière et à gauche du thorax, où l'on perçoit du râle sous-crépitant. Pendant que nous auscultons, le malade est pris de ses convulsions épileptiformes ; l'accès dure peu ; mais il reporte notre attention vers l'encéphale, et, remémorant les symptômes sus-mentionnés, nous soupçonnons une lésion organique, une tumeur probablement, comprimant et irritant le cerveau, occasionnant ainsi la semi-paralysie et les convulsions. Larges sinapismes aux cuisses ; 15 ventouses scarif. dans le dos ; looch, tilleul gommé.

Dans la soirée, les convulsions reparaissent plus intenses.

Le 28, stupeur prononcée; paralysie complète du bras gauche qui retombe inerte; le pincement y réveille un peu de sensibilité. La jambe du même côté est contracturée. L'intelligence n'est pas complétement abolie. Le malade fait de vains efforts pour tirer la langue. Dyspnée; pouls petit, très-irrégulier. Nous annonçons : ramollissement dans l'hémisphère droit, compliquant une lésion organique ancienne. Vésicatoires.

Deux heures après la visite, la sensibilité paraît complétement éteinte, flexion du bras et de la jambe gauches, coma, respiration stertoreuse. Mort dans l'après-midi.

Nécropsie, 36 heures après la mort.

Cavité encéphalique. Les sinus de la dure-mère paraissent engorgés. A la surface externe de cette membrane, et de chaque côté du sinus longitudinal supérieur, on remarque plusieurs végétations dont les deux plus grosses ont le volume d'une petite fève. Les points correspondants de la calotte du crâne présentent à la face interne des enfoncements moulés sur ces tumeurs. Le fond de ces dépressions est constitué par la lame osseuse externe, translucide. La dure-mère incisée, on aperçoit vers sa partie postérieure à droite une tumeur considérable qui pénètre dans la substance du cerveau. Cette tumeur prend racine à la face interne de la dure-mère,

et ne fait pas sensiblement saillie du côté du crâne; elle correspond à la partie postérieure et supérieure de l'hémisphère droit du cerveau dans lequel elle s'enfonce; elle offre une configuration ovalaire ou réniforme; elle égale le volume d'un petit œuf de poule: son grand diamètre antéro-postérieur offre deux pouces de longueur; son épaisseur verticale est de 18 à 20 lignes. Elle est d'une texture fibreuse, criant sous le scalpel, de couleur grisâtre; sa coupe est rayonnée. Les parois de la cavité cérébrale qui reçoit cette tumeur sont ramollies dans une épaisseur de quelques lignes où la substance nerveuse est réduite en une pulpe jaune-rougeâtre. Du reste, la masse cérébrale est de consistance normale; la substance blanche paraît hypertrophiée aux dépens de la substance grise dont l'épaisseur est réduite à une ou deux lignes.

Cavité thoracique. Les poumons offrent un peu d'engouement hypostatique. Le péricarde contient quelques onces de sérosité légèrement trouble. Le cœur offre un volume à peu près normal. Les deux orifices auriculo-ventriculaires sont sensiblement dilatés; les valvules paraissent diminuées d'étendue, ce qui devait les rendre insuffisantes. La naissance de l'aorte est circonscrite par une sorte de bourrelet fibreux de deux à trois lignes d'épaisseur qui n'en rétrécit pas le calibre. Les valvules aortiques sont intactes. Près de l'origine du vaisseau existent quelques plaques cartilagineuses.

Cavité abdominale. Rien de remarquable.

Cette observation nous offre deux séries de phénomènes, bien en rapport avec les altérations rencontrées sur le cadavre.

1° Du côté de l'encéphale: dans une époque éloignée, fièvre dite nerveuse (méningite peut-être), qui pourrait bien n'être pas étrangère au développement de la tumeur qui n'a produit d'accidents que longtemps plus tard. Puis successivement, céphalalgie, impotence des membres, incontinence d'urine, convulsions épileptiformes intermittentes; puis vers la fin, hémiplégie mêlée de contracture, insensibilité, coma, telle est la succession de symptômes qui révélaient suffisamment une altération chronique, une compression, puis un ramollissement ultime. Si l'on rapproche ce fait de l'obs. VI, on trouvera entre les deux certaines analogies qui précisément nous font craindre de n'avoir pas tout vu dans ce dernier cas où le diagnostic fut dérouté par l'autopsie.

2° Du côté du cœur: Palpitations, dyspnée, œdème des membres inférieurs, matité précordiale, souffle au premier temps, faiblesse, irrégularité du pouls, voilà des phénomènes en rapport avec les désordres observés sur le cadavre, notamment avec l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires.

Revenant aux lésions encéphaliques, le diagnostic fut donc dans ce cas aussi précis qu'il pouvait l'être. Quant à la nature de la tumeur, il était à peu près impossible de la préciser *a priori*. Le fameux mémoire de Louis n'établit les signes caractéristiques des fongus de la dure-mère, que du moment où ils ont considérablement aminci ou perforé le crâne. Plus tard, les petites tumeurs dont nous avons parlé se fussent fait jour au dehors; mais la tumeur principale plongeait à l'intérieur et n'eût pu qu'être soupçonnée par induction. Ce n'est guère que par induction, en effet, qu'on peut arriver à diagnostiquer certains genres de tumeurs intra-crâniennes; ainsi, un individu présente des signes extérieurs de syphilis ou de cancer; des phénomènes de compression et de ramollissement se déclarent; on suppose rationnellement qu'il existe dans le crâne une exostose ou une tumeur cancéreuse. C'est par un travail d'esprit analogue que nous sommes parvenu à établir le diagnostic probable dans le cas suivant.

Tubercules cérébraux; ramollissement ultime.

Obs. XI. — Kalbsfuss, âgé de 13 ans, de constitution lymphatique, doué d'une belle organisation cérébrale et d'une physionomie intelligente, entre à la clinique le 10 janvier 1837. Nous obtenons de sa mère les renseignements suivants:

Cet enfant est né de parents sains et jouissant d'une assez bonne santé; il eut un frère qui mourut à l'âge de 4 ans, d'une fièvre dite cérébrale. il se plaint depuis longtemps d'une céphalalgie frontale qui, d'abord peu intense et intermittente, est devenue plus violente et continue vers le milieu de l'été 1836, époque où tout à coup il perdit la parole; la douleur lui arrachait des plaintes continuelles. Cependant la parole revint au bout de quinze jours, et la céphalalgie redevint intermittente et supportable; il eut de temps en temps quelques vomissements; il traînait un peu la jambe gauche. Le 26 décembre 1836, comme il descendait de son lit, sa mère s'aperçut que ses jambes ne le soutenaient plus, et qu'il avait de nouveau perdu la parole. Bientôt il perdit l'usage du bras gauche, les urines et les selles devinrent involontaires; du reste, ni convulsions, ni délire, l'intelligence restait intacte. Ces jours derniers, la tête s'est prise, et on l'apporta à l'hôpital dans l'état que voici:

Mouvement continuel de rotation de la tête sur le chevet, sourcils froncés, regard fixe, facies exprimant la douleur révélée d'ailleurs par des cris plaintifs et continuels (cris hydrencéphaliques); la jambe et le bras gauches sont incomplétement paralysés; il les meut légèrement et manifeste de la douleur quand on les pince. La matité est complète; il ne fait aucun effort pour parler. Il paraît comprendre les questions, quoiqu'il y réponde tardivement par

des signes : c'est ainsi qu'il indique ne pas souffrir de la tête ; cependant il y porte constamment sa main droite qu'il promène sur divers points du crâne. Les traits sont réguliers, les pupilles sont normales ; il sort directement la langue qui est pâle et humide. Il accuse un peu d'appétit, peu de soif. Le ventre est indolore ; constipation ; incontinence d'urines. La déglutition est difficile ; il s'engoue quand il veut manger. Pouls à peu près naturel ; chaleur normale.

Certes, le diagnostic est embarrassant ; car si, d'une part, il existe des symptômes d'hydrocéphale aiguë, d'autre part, l'ancienneté et la marche de la maladie, l'absence de délire, de coma, de fièvre, éloignent l'idée de cette affection. C'est probablement une lésion organique ancienne et qui fait des progrès, mais laquelle ? nous avons besoin d'y réfléchir. (Emoll., lavem. laxat., sinap. aux jambes.)

Le 20, cris plaintifs continuels, mouvements convulsifs dans les membres, geste automatique et perpétuel de la main droite vers la tête qui est spasmodiquement renversée en arrière. Les jambes sont fléchies et contracturées ; dès qu'on veut les étendre, le malade pousse des cris. (10 sangsues aux oreilles, chiend. *émétisé*, lav. laxat.)

Les jours suivants, les symptômes précédents persistent avec des alternatives de mieux et de pire. La contracture alterne avec la paralysie. Les cris sont fréquents et presque continuels pendant la nuit. Le malade laisse parfois échapper des paroles plus ou moins obscures. La déglutition s'embarrasse davantage ; l'ouïe devient dure ; les excrétions sont involontaires ; la maigreur augmente. On répète souvent les saignées locales, les dérivatifs (vésicatoires, laxatifs) ; on essaie les calmants (opium, laurier-cerise, etc.) ; le tout sans amendement appréciable. Les cris continuels de ce petit malade troublent le repos des autres. Après vingt jours de soins inutiles, nous sommes obligés de le placer dans une salle isolée. Enfin sa mère, un jour, l'enlève de l'hôpital, et à notre grand regret, nous le perdons de vue. Il a probablement succombé, et l'autopsie eût pu seule confirmer ou détruire nos présomptions.

Quoi qu'il en soit, après quelques jours d'observation, nous sommes resté convaincu, vu les symptômes de compression et d'irritation cérébrales, que cet enfant portait une ou plusieurs tumeurs de l'encéphale. De plus, considérant 1° que les tumeurs fibreuses, cancéreuses, syphilitiques, hydatidaires sont très-rares, d'une manière absolue et surtout à cet âge ; 2° que cet enfant est de constitution lymphatique ; 3° qu'il a perdu un frère d'accidents cérébraux également chroniques, mais dont nous ne possédons pas les détails, et que, d'après des recherches modernes, la fièvre cérébrale est souvent compliquée de tubercules ; 4° que l'affection tuberculeuse, même encéphalique, est assez commune à cet âge ; 5° que les phénomènes existants ressemblent assez bien à ceux observés dans certains cas de tubercules cérébraux, nous concluons que très-probablement les tumeurs encéphaliques sont des tubercules qui se sont développés lentement, ont occasionné de temps en temps des accidents d'irritation et de compression cérébrales, et qu'actuellement ils ont fait naître autour d'eux un ramollissement dont les symptômes viennent se joindre à ceux de la compression croissante qui déjà s'étaient manifestés par la paralysie incomplète. Nous donnons ce diagnostic motivé pour ce qu'il est, c'est-à-dire pour vraisemblable, et voilà tout.

§ V. — Apoplexie sanguine.

Cette maladie, si bien connue et depuis si longtemps, n'a pas elle-même échappé aux controverses modernes ; et l'on a vu des auteurs, ressuscitant d'anciennes théories, injustement oubliées, j'en conviens, jeter en travers du diagnostic de l'épanchement sanguin, soit l'apoplexie séreuse, soit l'apoplexie nerveuse, et s'attaquant aux découvertes nouvelles, opposer aux symptômes de l'hémorrhagie ceux de quelques ramollissements à subite explosion. Ce n'est pas nous qui déverserons le blâme sur les travaux dont le but est d'apporter le plus de rigueur possible dans la détermination des faits pathologiques ; mais il n'en est pas moins vrai que dans la grande majorité des cas, pour qui sait les voir, les phénomènes de l'apoplexie sanguine s'expriment assez clairement. Une fois déjà nous avons, il est vrai, pris pour une apoplexie une simple méningite (obs. v) ; mais nous n'avions pu suivre la marche de la maladie, et les lésions rencontrées ont d'ailleurs confirmé la grande loi de la compression.

Dans quatre cas d'apoplexie qui se sont présentés à la clinique, nous sommes arrivés à préciser le diagnostic véritable, et si quelques circonstances ont pu jeter un peu d'obscurité sur les symptômes essentiels, nous avons pu, par l'analyse, les réduire à leur juste valeur.

Il est assez remarquable que trois de ces cas se soient offerts presque en même temps et peu de jours après le cas de ramollissement qui fait le sujet de l'obs. 9, ces faits constituant ainsi une petite épidémie.

La première de ces observations est un type en quelque sorte de l'apoplexie ordinaire ; c'est pour quoi nous la rapportons, mais en l'abrégeant.

Apoplexie sanguine cérébrale ; mort.

Obs. XII. — La femme Schœffer, âgée de 60 ans, de forte constitution, est ramassée dans la rue et apportée à la clinique le 24 août 1836. Etat soporeux, face colorée, bouche entr'ouverte, respiration sin-

gultueuse, stertoreuse, pupilles dilatées; résolution et insensibilité complètes des membres du côté droit, les membres gauches ne retombent pas inertes comme les autres et se meuvent de temps en temps; incontinence des matières fécales et des urines; pouls large, assez lent, régulier, chaleur naturelle. On lui pratique une saignée.

Le 25, nous parvenons à lui tirer quelques mots sans suite. Malgré l'hémiplégie, les traits de la face ne sont pas sensiblement déviés. (Eau émétisée, lav. purg., vésicat. à la nuque.)

Le 26, même état comateux et paralytique; elle balbutie quelques mots. (Saignée de six onces, catapl., sinap. aux jambes.)

Les jours suivants, malgré quelques indices de retour de l'intelligence, la malade s'affaisse, en dépit des dérivatifs, et meurt le 30 au soir.

Nécroscopie 36 heures après la mort.

Cavité encéphalique. Méninges injectées, cerveau sablé; caillot sanguin, d'une once environ, siégeant dans le ventricule latéral gauche et tirant sa source du corps strié du même côté, lequel est déchiré à son centre, dans une profondeur de cinq à six lignes.

Le reste de l'autopsie est sans intérêt actuel.

Cette observation n'a pas besoin de longs commentaires : perte subite du sentiment et du mouvement; hémiplégie persistant à l'état de simplicité jusqu'à la mort, tels sont les caractères fondamentaux qui ne pouvaient guère laisser de doute sur le diagnostic.

Les cas suivants sont tous remarquables par quelque circonstance intéressante.

Vaste apoplexie sanguine cérébrale; hémiplégie incomplète; mort.

Obs. VIII. — Boschm, saxon, âgé de 61 ans, de forte constitution, gantier, est apporté à la clinique le 9 septembre 1836. On nous rapporte qu'il y a un an il fut frappé d'apoplexie, suivie de paralysie incomplète du bras droit. Il est sujet aux étourdissements; il y a deux jours qu'en s'habillant pour aller voir son médecin, il est tombé subitement, la tête frappant contre un meuble. Depuis lors, perte complète de connaissance et paralysie.

A son entrée, nous le trouvons dans un état semi-comateux; il comprend les questions, mais les réponses sont lentes et mal articulées. Le côté droit est incomplétement paralysé. Le malade sent quand on le pince, et retire un peu ses membres. Le côté gauche se meut à volonté, mais il y a de la roideur dans les articulations. Urines involontaires; respiration à peu près naturelle; pouls large, régulier, à 80.

Le commémoratif d'une attaque antécédente et l'invasion subite de celle-ci nous font porter le diagnostic. Apoplexie sanguine, malgré quelques signes de ramollissement. (Saignée de quinze onces, seize sangsues derrière les oreilles, sinapismes.)

Le 10, même état; le malade fume la pipe du côté droit; dysphagie, respiration haute, non stertoreuse. 29 sangsues aux oreilles, compresses froides sur le front, lavement purgatif, eau aiguisée de 2 grains d'émétique.

Dans la journée, la respiration devient un peu stertoreuse; sueurs abondantes.

Le 11, le malade remue un peu ses membres des deux côtés; mieux ceux du côté gauche, qui offrent toujours un peu de contracture. Il articule quelques mots et avale assez facilement. Il respire par le nez (24 inspirations) sans stertor; pouls irrégulier, à 92. Saignée de 9 onces; eau émét., catapl. sinap.

Les deux jours suivants, l'affaissement augmente, le stertor reparaît; pupille droite plus dilatée. Vés. à la nuque, sinap., infus. d'arnica.

Le 14, il paraît un peu mieux; mais, le 15, l'affaissement reparaît.

Le 16, coma, râle trachéal; il fume de nouveau la pipe; extrémités froides, pouls petit, irrégulier. Potion stimulante, sinapismes. Mort à 2 heures.

Nécroscopie, 20 heures après la mort.

Cavité encéphalique. — La dure-mère excisée, il s'écoule une notable quantité de sang noir et liquide. Une couche de sang coagulé revêt la partie antérieure des deux hémisphères cérébraux, surtout à gauche. Cette couche se propage à la base de l'encéphale, du sang liquide remplit les fosses cérébrales, surtout à gauche. La base du lobe moyen de l'hémisphère gauche présente une déchirure qui communique avec un vaste foyer creusé dans sa substance et qui offre trois pouces de longueur sur deux de largeur et un de hauteur; les parois de ce foyer sont formées d'un détritus cérébral imbibé de sang. La totalité du sang épanché est évaluée à six onces. Rien dans les ventricules. Le reste de l'encéphale parait sain, sauf un peu de pointillé.

Cavité thoracique. La plèvre gauche contient un liquide trouble, refoulant le poumon, lequel est enveloppé de fausses membranes de formation assez récente. Le parenchyme est sain. Au sommet du poumon droit existe une apparence de cicatrice, autour de laquelle le tissu est induré; cependant point de tubercules. Cœur sain un peu volumineux.

Cavité abdominale. Rien de notable.

Cette observation est surtout remarquable par le peu d'intensité des symptômes, comparée à l'énormité de l'épanchement. N'est-il pas surprenant, en effet, que la paralysie soit restée incomplète et que l'intelligence ait été conservée à un certain degré jusqu'aux derniers moments; notons cependant qu'une partie du sang s'étendait en nappe. La liquidité du sang suffit-elle pour faire admettre que l'é-

panchement s'est opéré en deux temps? Mais à quelle époque le second a-t-il eu lieu? Le malade s'est affaissé graduellement.

Quant à la contracture, on se rappellera d'abord que le malade était frappé pour la seconde fois; qu'un travail existait probablement qui a préparé la seconde attaque, opinion qui paraîtra surtout probable à ceux qui partagent les idées de M. Rochoux sur le ramollissement préparatoire à l'apoplexie. Qu'on songe ensuite que les parois d'une caverne apoplectique doivent, dans la plupart des cas, être irritées, ramollies, par le fait même de la déchirure et par le contact du sang, qui fait corps étranger. Aussi verrons-nous la contracture se produire encore dans les cas suivants, et c'est ce qui nous a fait dire, au commencement de ce travail, que la curabilité de l'apoplexie devait faire supposer, *a priori*, la curabilité du ramollissement.

Ici, comme dans l'observation 4, la phlegmasie de poitrine est restée méconnue; nous le regrettons peu, quant au résultat; mais c'est un nouvel avertissement de compléter l'investigation dans tous les cas de maladie, surtout de l'encéphale, dont la souffrance fait taire, en quelque sorte, celle des autres organes.

Apoplexie sanguine cérébrale, sans perte de connaissance; mort par accidents secondaires.

Obs. XIV. — Un homme de 75 ans, d'assez forte constitution, entre à la clinique dans le courant d'avril 1837. Il raconte qu'il se portait bien, lorsque le matin même, après un sobre déjeûner, il s'est senti tout à coup fléchir sur sa jambe gauche: il tombe sans perdre connaissance, et appelle du secours. On l'apporte à l'hôpital dans l'état suivant:

Intelligence nette; tout le côté gauche est frappé d'immobilité; la sensibilité cutanée persiste. Les autres fonctions ne présentent rien d'anormal.

Ce peut être un de ces ramollissements subits dont on a parlé; mais dans notre opinion, l'instantanéité de l'attaque rend plus probable l'apoplexie. Nous diagnostiquons: épanchement sanguin dans l'hémisphère droit du cerveau.

Le lendemain, état semi-comateux, dont on tire facilement le malade, qui répond juste, mais lentement et en bégayant. Hémiplégie gauche.

Nous constatons la paralysie des muscles abdominaux de ce côté, par leur flaccidité contrastant avec la tension de leurs congénères. De la contracture existe dans les articulations des membres paralysés et un peu dans celles des membres opposés. La langue n'est pas déviée, non plus que les traits. Urines et selles involontaires. Céphalalgie frontale à droite; l'œil correspondant est un peu injecté. Les pupilles sont également dilatées. Respiration naturelle; pouls plein, assez lent et régulier.

Saignée de 10 onces, 20 sangsues derrière l'oreille droite, compresses froides sur le front, sinapismes aux jambes, eau émétisée.

Les jours suivants, le même état persiste, avec alternatives de contracture douloureuse et de relâchement du côté paralysé. Plusieurs applications de sangsues à la tête; réfrigérants, dérivatifs internes et externes.

Le membre inférieur gauche recouvre peu à peu ses mouvements, la paralysie complète du bras persiste plus longtemps. Nous espérions la guérison, lorsque, le huitième jour de l'entrée, nous découvrons une eschare au sacrum. Émollients; pansements méthodiques.

Malgré les plus grands soins, l'eschare fait des progrès; l'anasarque apparaît bornée au côté paralysé, sur lequel repose le malade. La langue se sèche, le sujet s'affaiblit, l'hémiplégie persistant à un léger degré; et, malgré les toniques ménagés, le malade meurt épuisé, 43 jours après son entrée.

Nécroscopie, 20 heures après la mort.

Cavité encéphalique. Foyer sanguin du volume d'un petit œuf de poule, occupant le lobe antérieur de l'hémisphère droit du cerveau. Le caillot paraît réduit; il est noir, brunâtre, grumeleux, infiltré et baignant dans une sérosité rougeâtre. Les parois de la caverne sont légèrement tomenteuses, comme organisées en fausse membrane, au delà de laquelle le tissu cérébral est sain. Les corps striés et les couches optiques sont intacts. Le reste de l'encéphale est à l'état normal.

Le reste de l'autopsie n'offre rien d'intéressant.

Nous avons dit que l'attaque subite d'hémiplégie nous autorisait suffisamment à porter le diagnostic apoplexie; c'est que, sans nier le ramollissement produisant la paralysie sans prodrômes, nous pensons que ce dernier cas est fort rare; nous ne l'avons jamais observé. La conservation de l'intelligence ne nous a pas paru non plus suffisante pour modifier le diagnostic, et le fait ci-dessus, joint à beaucoup d'autres que possède la science, et parmi lesquels figurent ceux de nos illustres maîtres Pinel et Dupuytren, qui, l'un et l'autre, essuyèrent plusieurs attaques d'apoplexie sans perte de connaissance, ces faits, disons-nous, viennent infirmer la définition classique de l'hémorrhagie cérébrale: perte subite du sentiment, du mouvement et de l'intelligence. Ce fait dépose également contre la théorie des localisations, qu'on a tenté d'établir dans ces derniers temps, et qui ferait dépendre la paralysie des membres de la lésion des corps striés et des couches optiques. Nous avons vu, en effet, que ces parties étaient intactes. Le siége de l'épanchement dans le lobe antérieur n'a point entraîné non plus la perte de la parole. La contracture existant dans le principe, et qui s'est dissipée vers la fin, nous ramène

aux considérations émises au sujet de l'observation précédente, et l'on a vu que, dans le cas précédent, la substance cérébrale était intacte autour du kyste apoplectique. Le ramollissement était guéri. Il me paraît évident que le sujet se fût rétabli sans cet accident, si fréquent dans les lésions des centres nerveux, la formation d'une eschare. Enfin, comme dernière considération pratique, nous ferons remarquer que les deux faits qui précèdent nous montrent comme défectueuse la division de l'apoplexie en faible, moyenne et forte; car ici les symptômes annonçaient une apoplexie faible, et, dans le premier cas surtout l'épanchement était très-considérable, ce qui n'empêche pas cependant que, règle générale, la gravité des symptômes ne soit en rapport avec la gravité des lésions cérébrales, et quelquefois avec le point affecté de l'encéphale.

L'observation suivante nous paraît des plus curieuses :

Obs. XV. Fischer, âgé de 75 ans, de forte constitution, est apporté à la clinique dans la soirée du 24 août 1836. Il raconte, d'une manière assez confuse, qu'il y a huit jours, sans cause connue, il tomba tout à coup privé de connaissance. Pourtant il revint bientôt à lui, mais il lui fut impossible de se tenir sur ses jambes.

Le 25, au matin, nous le trouvons dans l'état suivant :

Face colorée, point de céphalalgie. Il comprend les questions, mais il répond d'une manière embrouillée, se contredisant à chaque instant, reconnaissant lui-même qu'il a perdu la mémoire. Il meut les bras avec facilité; mais les extrémités inférieures sont sensiblement paralysées : il peut mouvoir les jambes; mais lorsqu'on veut le faire tenir debout, elles fléchissent sous le poids du corps et il cherche à se cramponner aux objets environnants. La peau conserve sa sensibilité. Incontinence des urines, qui s'écoulent par régurgitation, le globe vésical faisant saillie à l'hypogastre. Point de douleur le long du rachis. Rien du côté de l'appareil digestif, sauf une constipation de plusieurs jours. Respiration normale; pouls peu fréquent, mais assez dur, irrégulier; battements du cœur assez forts, irréguliers, intermittents; souffle râpeux manifeste au premier temps.

A part la maladie du cœur (rétrécissement aortique), nous nous trouvons assez embarrassés pour le diagnostic. Si, d'une part, il y a eu perte de connaissance et paralysie subites, ce qui rendent suspectes les incohérences dans les rapports du malade, d'autre part il y a, non pas hémiplégie, mais paraplégie incomplète. Puis l'embarras actuel des idées peut bien être le résultat d'un léger degré de démence sénile. En somme, sans récuser l'apoplexie cérébrale, qui paraît assez probable, il existe aussi quelques probabilités en faveur d'une lésion de la moelle épinière, car le mouvement est conservé dans les membres supérieurs. Dans cette perplexité, nous agissons d'une manière mixte, et prescrivons douze ventouses scarifiées le long du rachis; lavement purgatif.

Le 26, même état. La plénitude de la vessie nous oblige à pratiquer le cathétérisme, qui rencontre quelques difficultés au col de la vessie et procure l'écoulement d'un litre d'urines odorantes et foncées. Saignée de huit onces, douze ventouses le long du rachis; limon. tartar.

Le 27, même état. Des tentatives de cathétérisme ayant été faites par les élèves, aujourd'hui la sonde se fourvoie, pénètre difficilement dans la vessie, et procure des urines sanguinolentes. Vésicatoire aux lombes.

Les jours suivants, même état, douleur hypogastrique; à la constipation ont succédé des selles involontaires. Bains, infusion d'arnica.

Le 31, extrait de noix vomique, demi grain.

Les jours suivants, tendance au coma, faiblesse croissante; les urines obtenues par la sonde sont fortement alcalines.

Le 2 septembre, même état paralytique; face colorée, pouls à 92, irrégulier, langue sèche, hypogastre douloureux. Saignée de 9 onces, limonade; saupoudr. le vésicat. de strychnine, demi grain.

Le 3, subdélire le soir.

Depuis lors, l'affaissement fait des progrès, la paraplégie paraît augmentée; la difficulté du cathétérisme oblige à poser une sonde à demeure. On continue les émollients, l'extrait de noix vomique à l'intérieur, jusqu'à la dose de quatre grains, puis on la supprime, voyant que la faiblesse augmente, que la langue sèche, etc.; les urines sont bourbeuses et fétides.

Le 14, affaissement extrême. Acétate d'ammoniaque, une once en potion, rubéfiants aux extrémités.

Le 16, mort, le 23e jour de l'entrée, 31e de l'attaque de paralysie.

Nécroscopie, 24 heures après la mort.

Cavité encéphalique. Le rachis est ouvert avec soin. Nous ne découvrons aucune lésion appréciable dans la moelle épinière. Les méninges cérébrales sont légèrement injectées. En incisant avec précaution le cerveau, on n'y rencontre qu'un léger pointillé et une cuillerée environ de sérosité dans les ventricules. Déjà nous craignons avoir affaire à une de ces apoplexies nerveuses des auteurs, lorsque, portant le scalpel sur le cervelet, nous y découvrons, dans l'épaisseur du lobe droit, un foyer sanguin du volume d'une grosse noix, de forme sphérique, tapissé d'une fausse membrane mince, grisâtre, fragile, autour de laquelle le tissu du cervelet est sain. Cette cavité contient un caillot de sang pulpeux et brunâtre.

Cavité thoracique. Poumons sains; le cœur est volumineux, ses parois sont épaisses et consistantes, surtout celles du ventricule gauche, qui ont un pouce d'épaisseur. La cavité de ce ventricule paraît rétrécie (hypertrophie concentrique); les valvules de l'aorte, légèrement déformées, sont épaissies et contiennent des noyaux d'ossification.

Cavité abdominale. Traces de phlogose sur la muqueuse gastro-intestinale. Foie, rate, à l'état normal. La vessie contient de l'urine mucoso-sanguinolente, fétide. Ses tuniques sont hypertrophiées; la muqueuse est brunâtre, semée de végétations granuleuses, rouges, grises ou noirâtres. La prostate est hypertrophiée, comprimant latéralement le col de la vessie. En avant de la prostate existent, dans la portion membraneuse de l'urèthre, plusieurs vestiges de fausses routes. Vers la région bulbeuse existe une bride isolée dans son milieu, adhérente à ses extrémités, mince et d'une longueur de trois lignes environ. Cette bride forme ainsi un pont sous lequel peut s'engager le bec d'une sonde. Près le gland, la muqueuse est d'un rouge foncé. Le rein gauche est sain, le droit est doublé de volume, déformé, mollasse. Son parenchyme est généralement brun noirâtre, parsemé de vacuoles pleines de mucosité purulente, sans trace de graviers.

Cette observation est intéressante sous plusieurs points. Et d'abord, c'est une apoplexie latérale du cervelet, qui donne lieu, non pas à une hémiplégie du côté opposé, comme dans la plupart des cas (Andral), mais bien à une paraplégie incomplète, avec affaissement des facultés intellectuelles. Cela me paraît si extraordinaire que, même en relisant l'observation, après deux ans, j'ai peine à croire à son exactitude et je crains d'avoir mal évalué la force comparative des bras et des jambes, ainsi que celle des deux côtés du corps. Ce fait a cependant eu pour témoins tous les élèves de la clinique.

Rechercherons-nous maintenant quelle liaison peut exister entre l'apoplexie cérébelleuse et les lésions du cœur et de la vessie? Sans vouloir rien affirmer quant au fait actuel, je dois dire, en thèse générale, qu'il est démontré pour nous, malgré les oppositions à cet égard, que les obstacles à la circulation et, partant, les maladies du cœur, doivent influer sur la production de l'apoplexie. Il en est de même de la rétention d'urine par obstacle dans le canal, tel que celui qui existait chez notre malade, rétention qui, par les efforts qu'elle nécessite pour vider la vessie, peut déterminer la congestion ou l'apoplexie cérébrale.

A l'égard du traitement, celui-ci, malgré notre incertitude, fut tout ce qu'il pouvait être, relativement à l'âge et aux forces du malade; mais on aura remarqué que, dans ce cas, comme dans l'observation 9, l'administration de la noix vomique fut suivie d'effets peu favorables. C'est aussi la seconde fois que nous avons employé l'arnica sans avoir eu à nous en louer (observ. 13).

Il résulte de la série des sept observations précédentes, relatives au ramollissement et à l'apoplexie sanguine, que le diagnostic, dans les formes de lésions cérébrales, n'offre pas plus d'incertitudes que dans les cas de simple hyperhémie congestionnelle ou inflammatoire. En effet, nous ne sommes restés qu'une fois dans l'indécision (obs. 15), et encore s'agissait-il d'un cas rare, d'une affection jusqu'ici peu connue, de l'affection cérébelleuse. Nos faits sont trop peu nombreux, il est vrai, pour qu'on puisse en déduire des principes généraux d'une bien grande valeur; mais toujours est-il qu'ils pourront concourir à donner un peu d'assurance aux praticiens attentifs et qui se sentent à la hauteur de la science.

ARTICLE II.

Lésion du prolongement rachidien.

Nous passons à la seconde partie de notre travail, où il est question des maladies de la moelle épinière. Cette partie de la science, de création toute nouvelle, en quelque sorte, réclame encore, pour se compléter, des observations nombreuses et bien faites, malgré les savantes recherches de M. Ollivier, d'Angers, sur cette matière. Nous ne donnons ce qui va suivre que comme de simples documents, dont on appréciera la valeur.

Sous le titre de lésions du prolongement rachidien, nous comprenons les maladies de la moelle épinière et de ses enveloppes. Nos observations sur ce point se réduisent à cinq cas, dont deux offrant des symptômes de myélite légère, terminés par la guérison et dont nous ne parlerons pas; un cas de méningite rachidienne, un cas de ramollissement de la moelle allongée et un cas de paraplégie, qu'on pourrait attribuer à une altération de la moelle. Ces trois derniers feront le sujet des observations suivantes, auxquelles nous en joindrons une d'Abercrombie, comme moyen d'éclaircissement.

Méningite rachidienne; guérison.

Obs. XVI.—Goetz, fille de 15 ans, peu développée, impubère, est apportée à la clinique, le 20 mars 1838. Sa mère raconte qu'il y a huit jours, sans cause connue, cet enfant fut prise de céphalalgie, douleurs dans les membres, vomissements, fièvre, etc. On ignore quels ont été les moyens mis en usage.

État actuel. Décubitus sur le côté droit, abattement ayant succédé à une vive agitation pendant la-

quelle la malade est sortie plusieurs fois de son lit. Réponses assez justes, mais difficiles à obtenir, la malade retombant après chaque mot dans son abattement. La face est injectée, les yeux se ferment comme pour éviter la lumière; vive céphalalgie; lèvres sèches; langue blanche, pointillée sur les bords; abdomen très-sensible à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite; respiration fréquente; thorax sonore; quelques râles disséminés; pouls serré, à 65, irrégulier. Ces détails, obtenus avec beaucoup de peine, font soupçonner une fièvre typhoïde. Quinze sangsues à l'abdomen; lav. émoll.; catapl. abdominal; catapl. sinap. aux jambes.

Le 21, pendant la nuit, délire, agitation, cris. Ce matin, abattement, tendance au coma, paupières demi-closes, globes oculaires renversés en haut. Roideur tétanique du col et du dos qui est cambré en arrière. Si l'on soulève la tête, le tronc s'élève tout d'une pièce; dyspnée; pouls dur, à 104. Ces symptômes nous font présumer une méningite cérébro-spinale. Saignée de 8 onces; 16 sangsues aux mastoïdes. Tis. émoll.

Le 22, délire dans la nuit. Ce matin, calme, face colorée, anxieuse, *herpes labialis*, céphalalgie intense, respiration accélérée, opisthotonos persistant, les membres restant libres. Les efforts pour soulever la tête arrachent des cris. Abdomen très-sensible à la pression; un peu de crépitation iliaque; constipation. Pouls fréquent, moins dur. Dix sangsues à la nuque et dix sur le flanc droit. Compresses froides sur le front.

Le 23, agitation, cris toute la nuit. Ce matin, les cris recommencent lorsqu'on veut fléchir la tête sur la poitrine. Abdomen moins sensible, point de diarrhée, dyspnée, narines dilatées, pouls à 128, peau brûlante, sans éruption typhoïde. Saignée de 6 onces (sang plastique, non couenneux); tis. émoll.; lot. vinaigr. chaudes sur les membres.

Le 24, roideur et douleur le long du rachis, augmentant par la pression sur les apophyses épineuses. Pouls à 124, assez développé; peau chaude et sèche; langue blanchâtre; constipation; abdomen sensible. L'intelligence est toujours nette et le facies endolori, non stupide. Vingt sangsues le long du rachis; catapl. abdom.; lot. vinaigr.; lav. huileux.

Le 25, la malade souffre moins et répond plus volontiers; elle commence à remuer la tête. Pouls à 110, assez développé; abdomen non douloureux; constipation. Dix sangsues entre les épaules; lavements de lait et de miel; frictions vinaigrées.

Le 26, la malade est calme; elle fléchit le tronc de mieux en mieux, quoiqu'il reste un peu de douleur dorsale. Dyspnée légère; abdomen indolent; constipation opiniâtre; pouls à 120, peu résistant. Manne, une once, dans du lait. Chiendent édul.; Bouillon. Une selle dans la journée.

Le 27, la malade n'accuse plus aucun malaise; elle se meut facilement et sans douleurs. Pouls à 100, assez développé. Appétit. Un bain; tis. émoll.; deux soupes. (Convalescence le septième jour de l'entrée.)

Les jours suivants, la convalescence se confirme; la fréquence du pouls persiste encore. Bains délayants, pédiluves.

Le 5 avril, la petite malade sort en parfaite santé.

La marche de cette maladie fut très-insidieuse dans le principe : un jour nous avons pu croire à l'entérite typhoïde; le lendemain à une complication de méningite cérébro-spinale; ce n'est qu'après quelques jours que les symptômes se localisant dans la région du rachis, nous avons pu porter le diagnostic véritable, et agir directement. L'énergie de la médication a révélé notre confiance dans ce diagnostic; car il fallait de la conviction pour appliquer deux saignées générales, et quatre-vingts sangsues en six jours, à un enfant d'aussi frêle constitution.

Que s'il reste quelque doute sur la réalité de la lésion diagnostiquée, et sur l'influence du traitement, nous rapporterons une observation puisée à bonne source, et dont le rapprochement complétera nos preuves; nous soulignerons les passages qui constatent la parité des deux affections, et l'autopsie portera le dernier témoignage.

Méningite rachidienne; mort.

Obs. XVII (d'Abercrombie). — Une femme de 22 ans était, depuis trois semaines, malade de douleurs rhumatismales qui avaient parcouru toutes les parties du corps, lorsque, le 11 avril 1820, elle entra à la clinique du docteur Duncan. Elle se plaignait alors de douleur dans la partie postérieure du col, dans les lombes et au sommet du scapulum; elle avait aussi à la région hypogastrique droite une douleur aiguë qui augmentait par la pression et dans les efforts d'inspiration. La tête était renversée et ne pouvait être portée en avant; l'épine était courbée en arrière, et les muscles du dos étaient roides et contractés. Elle avait des alternatives de frisson et de bouffées de chaleur et une grande agitation; le pouls était plein et battait 148 fois par minute, pour 44 inspirations. Il y avait de la toux, la langue était saburrale, et la malade était constipée. Elle fut traitée par une large saignée, un purgatif et un bain chaud, etc.

Le 12, il n'y avait que peu de changement.

Le 13, elle avait de la difficulté à avaler et une grande agitation. Le rachis restait courbé en arrière, et la constipation persistait. Le pouls donnait 140 pulsations.

Le 14, après une purgation active, elle sembla dans un état plus satisfaisant. Elle put porter légèrement

la tête en avant ; mais elle se plaignait de la continuité de ses douleurs, qu'elle rapportait alors particulièrement à l'épaule droite et à la partie postérieure du tronc. Elle continuait aussi à souffrir de la partie inférieure du ventre, et l'abdomen était tendu et ballonné. Elle avalait avec moins de difficulté. Elle avait de la propension au sommeil, pendant lequel elle avait beaucoup de soubresauts. Le pouls était petit et donnait 148 pulsations.

Le 15, la tête était un peu moins rétractée, et la malade avait plus de facilité à la mouvoir. Les douleurs étaient calmées, excepté dans l'abdomen.... La propension au sommeil était considérable; mais lorsqu'elle était éveillée, elle jouissait de toutes ses facultés intellectuelles. On la mit, à la nuit, dans un bien tiède où elle expira. (Sixième jour de l'entrée.)

A l'ouverture du cadavre, on trouve de la sérosité dans les ventricules cérébraux ; au bord postérieur du lobe droit du cervelet se trouvait une petite quantité de lymphe coagulable. La portion cervicale de la moelle était saine. Les parties dorsale et lombaire du prolongement rachidien étaient tapissées par une couche uniforme, de lymphe coagulable, d'une couleur jaune verdâtre et d'une consistance molle; cette couche existait particulièrement à la partie postérieure du rachis entre la moelle et ses membranes. Ces dernières étaient remarquablement vasculaires. (TRAITÉ DES MALADIES DE L'ENCÉPHALE, p. 501, traduction de Gendrin.)

Sauf la terminaison, ne dirait-on pas ces deux observations calquées l'une sur l'autre ? Cependant, nous n'avons connu celle d'Abercrombie qu'après la conclusion de la nôtre. On a dû remarquer cette douleur dans la fosse iliaque droite, avec constipation, dans les deux cas. Il est fâcheux que l'auteur de l'observation ne dise rien de l'état de l'intestin; cependant, ces phénomènes s'expliquent par la simple méningite spinale.

Maintenant, n'est-il pas probable que si, comme dans le cas précédent, nous nous fussions bornés à une saignée, la méningite, chez notre malade, fût aussi passée à la suppuration? et si l'on songe que cette terminaison a eu lieu en six jours, n'avons-nous pas à nous féliciter de notre conduite?

Songeant aux accidents tétaniques et à la réaction fébrile observés dans les deux cas précédents, nous aurions bonne envie de rapporter à la méningite spinale les deux cas de tétanos que nous avons observés et guéris ; mais par respect pour les idées dominantes, nous consentons à passer ces deux observations sous silence.

Le cas suivant doit, ce nous semble, donner une assez haute idée de la puissance du diagnostic.

—

Entérite chronique; ramollissement de la moelle allongée; méningite cérébrale ultime; mort.

OBS. XVIII. — Champignac, âgé de 65 ans, de moyenne constitution, serrurier, entre à la clinique le 17 mai 1837. Il dit être affecté depuis un an d'une diarrhée qui survint sans cause connue, mais qui fut probablement produite et entretenue par l'intempérance habituelle au malade. Il avait de sept à huit selles par jour ; l'appétit était conservé ; il pouvait continuer ses travaux. Pendant les six premiers mois, il dit avoir rendu du sang ; il y a eu quelques interruptions à la diarrhée, quelquefois des vomissements, jamais de fièvre ; mais l'amaigrissement et la faiblesse sont allés croissant. Il a essayé à plusieurs reprises de se traiter avec du vin chaud. Jamais de saignées, si ce n'est qu'il y a huit jours, huit sangsues ont été appliquées à l'anus sans soulagement. Il n'a jamais eu de toux, de crachement de sang, ni de palpitations. Il n'y a que deux jours qu'il s'est vu forcé de suspendre ses travaux.

Etat actuel. Maigreur considérable : coloration jaunâtre et terreuse de la peau. Peu d'appétit, soif, langue rouge, humide ; abdomen rétracté, sans douleur à la pression ; huit à dix selles liquides par jour, sans colique ni ténesme. Pouls petit, subfréquent ; respiration un peu rude sous les clavicules ; faiblesse; insomnie. Bain; 12 vent. scarif. sur l'abdomen ; demi-lavement amylacé, laudanisé ; tis. riz; un grain d'opium le soir. Le quart, sans vin.

Les jours suivants, les selles diminuent.

Le 20, il se plaint de crampes dans les bras ; les doigts sont rétractés. Point de douleur à la pression le long de l'épine. *Ut supra;* 12 ventouses scarif. à la nuque.

21. Fourmillements, crampes dans les membres et dans le dos ; contracture des doigts. Point de céphalalgie ; intelligence nette ; point de paralysie. Nous présumons un commencement de ramollissement à la partie supérieure de la moelle épinière. Cinq selles par jour ; 12 vent. scarif. le long du rachis ; riz ; lav. anodin ; opium.

Le fourmillement et les crampes persistent, avec douleurs passagères dans le dos et les membres. Faiblesse sans paralysie. On insiste sur les saignées locales et les calmants.

27. Roideur générale qui l'empêche de se mouvoir. Point de paralysie des membres ; mais les urines sont involontaires. Nous remarquons que les yeux sont vacillants, ce qu'il dit lui être habituel. Même traitement.

28. Agitation, cris, regards incertains, urines et selles involontaires; réponses justes, mouvements libres, pouls petit, fréquent ; extrémités froides. Nous annonçons qu'une méningite cérébrale vient compliquer le ramollissement du sommet de la moelle. Vésicatoires aux extrémités.

Les vociférations, l'agitation augmentent; le délire survient; traits décomposés, yeux hagards, crampes générales; puis collapsus et mort à six heures du soir.

Souvent nous avions surpris le malade en flagrant délit d'intempérance : une fois nous trouvâmes un saucisson; une autre fois une bouteille de vin sous son chevet.

Nécroscopie, 36 heures après la mort.

Cavité encéphalo-spinale. Le crâne et le canal vertébral sont ouverts avec précaution, au moyen de la scie. A la naissance de la moelle vertébrale, les méninges sont soulevées par de la sérosité qui s'écoule à l'incision : on estime qu'il s'en est écoulé quatre cuillerées. A la périphérie du cerveau et du cervelet, la pie-mère est vivement injectée, surtout à la base de l'encéphale et au voisinage de la moelle; cette injection s'étend dans le canal rachidien. La substance cérébrale est peu consistante et notablement sablée. La substance grise du cervelet est sensiblement rosée, et la substance blanche est pointillée.

En examinant la moelle allongée, on reconnaît que les parois du *calamus scriptorius* offrent une couche ramollie, pulpeuse, d'un jaune sale, d'une ligne d'épaisseur, s'enlevant facilement avec le dos du scalpel. Au-dessous de cette couche, la substance médullaire apparaît avec sa blancheur et sa consistance normales. Ce ramollissement commence au bec de plume, et s'étend dans une longueur de dix lignes environ vers les tubercules quadrijumeaux. Au-dessous, la moelle offre sa consistance normale; mais au delà du renflement cervical, la substance médullaire est de nouveau ramollie, presque diffluente, mais sans changement de couleur, dans une étendue de trois pouces, au delà desquels le cordon médullaire reprend son aspect naturel jusqu'à sa terminaison. Le faisceau de la queue de cheval est enveloppé d'une sérorité comme gélatineuse.

Cavité thoracique. Le poumon droit offre au centre du lobe supérieur, un noyau tuberculeux circonscrit, isolé, creusé d'une caverne à loger une aveline. Le cœur est à l'état normal.

Cavité abdominale. Le mésentère est parsemé de glandes engorgées, brunâtres. La muqueuse de l'estomac offre des plaques d'un pointillé rouge ou brunâtre; elle est mamelonnée, non ramollie. La muqueuse de l'intestin grêle est généralement grisâtre et arborisée; celle du gros intestin offre un aspect semblable; elle est fortement injectée, mais ne présente pas d'ulcérations; dans le rectum, elle est épaissie, plaquée de rouge et de brun, comme ecchymosée. La vessie est distendue par de l'urine. Rien de particulier dans les autres viscères.

Les fourmillements, les crampes, la contracture ont permis de diagnostiquer un ramollissement de la moelle qui s'est rencontré à l'autopsie. Pourquoi n'y a-t-il pas eu paralysie? L'agitation, le délire de la terminaison indiquaient une méningite cérébrale qui existait également, mais simplement à l'état d'injection et d'exsudation séreuse, car elle n'a duré que quinze ou vingt heures. Le ramollissement du *calamus* est évidemment morbide; en est-il de même de celui de la région dorsale? L'absence de paraplégie et les 36 heures qui se sont écoulées entre la mort et l'autopsie, par une température assez chaude, autorisent cette question; mais alors pourquoi le reste de la moelle n'était-il pas ramolli?

Eu égard à la contracture des doigts, rapprochez ces cas de l'observ. 6, et vous vous demanderez si, dans cette dernière, quelque chose n'aurait point échappé à l'autopsie.

Cet homme portait une diarrhée depuis un an, disait-il; cependant les altérations rencontrées dans l'intestin n'étaient pas très-profondes.

On aura remarqué ce noyau tuberculeux, creusé d'une caverne, chez un homme de 63 ans, qui prétendait n'avoir jamais eu de rhume grave ni d'hémoptisie.

Je sais que dans certaines observations rapportées par MM. Ollivier et Abercrombie, les symptômes n'ont pas été les mêmes que ceux observés dans les cas précédents; aussi ne prétendons-nous pas que nos observations doivent faire loi. Il nous suffit d'avoir rencontré juste dans ces cas dont les analogues se sont rencontrés et se rencontreront sans doute. Il existe actuellement à la clinique une femme affectée de contracture de la plupart des articulations, avec douleur et affaiblissement généraux du tronc et des membres, accidents dont le principe date de plusieurs années et qui se sont accrus graduellement. Eh bien! nous sommes convaincus qu'elle porte un ramollissement de la partie supérieure de la moelle épinière, déterminé probablement par la présence d'un produit organique dont nous n'osons pourtant spécifier la nature.

Le diagnostic n'offre cependant pas toujours les mêmes éléments de probabilité, témoin le cas suivant où les symptômes pouvaient être rapportés à une lésion de la moelle. Nous l'abrégerons.

Rhumatisme chronique; paraplégie incomplète; entérite chronique; mort.

Obs. XIX. — Epfinger, âgé de 53 ans, de constitution grêle, amaigrie, cordonnier, entre à la clinique le 16 juin 1836. Il avait été traité longtemps à l'hôpital pour un rhumatisme rebelle, suivi d'abord de roideur dans les membres inférieurs, puis d'impotence simulant une paraplégie incomplète, d'autant mieux qu'il vint s'y joindre une paralysie de la vessie et du rectum.

A son entrée, il dit souffrir depuis quelques jours de douleurs lombaires et abdominales avec diarrhée. Facies assez bon; pouls fébrile; faiblesse des extrémités inférieures qui lui permettent à peine de se soutenir un instant; urines involontaires (Bain, eau de riz. lav. émoll.)

Les jours suivants, l'entérite persiste, malgré les saignées locales et les émollients. Le malade s'affaiblit rapidement.

Le 18, il meurt inopinément dans la soirée, deux jours après son entrée.

Nécroscopie, 36 heures après la mort.

Cavité cérébro-spinale. Les méninges présentent un peu d'injection. Rien dans la masse cérébrale. Le canal vertébral est ouvert avec précaution : la moelle épinière, examinée avec le plus grand soin, n'offre aucune altération appréciable dans son volume, sa couleur et sa consistance. Les enveloppes ne paraissent pas non plus altérées; on croit reconnaître que les sinus des dernières vertèbres sont plus engorgés que d'ordinaire.

Cavité thoracique. Poumons sains, cœur à l'état normal. Incrustations nombreuses dans toute l'étendue de la crosse aortique.

Cavité abdominale. Muqueuse gastrique alternativement parsemée de plaques rosées ou brunes, mamelonnée, ramollie, amincie et complétement détruite en divers points. A partir du commencement de l'iléon, les valvules conniventes paraissent hypertrophiées; elles sont végétantes et comme verruqueuses dans quelques points. Ces lésions deviennent encore plus prononcées dans le gros intestin; particulièrement vers la valvule iléo-cœcale et dans le colon descendant où la muqueuse est épaissie, rugueuse, grisâtre, comme calleuse dans une grande étendue. A ces altérations se mêlent des arborisations et des plaques rosées, indices de l'affection ultime.

Pour ce qui concerne la paraplégie, il n'y a pas eu d'erreur, car nous n'avons pas voulu hasarder de diagnostic. On se rappelle que la paraplégie incomplète avait fait suite à un rhumatisme; lorsque nous vîmes le malade, il y avait simple impotence, sans douleur, sans contracture, et si cet état indiquait une lésion de la moelle, il était fort difficile de spécifier cette lésion. Le rhumatisme a pu dans certains cas produire une méningite spinale, témoin le fait cité d'Abercrombie (obs. 17), où la méningite parut succéder à un rhumatisme; il peut produire un ramollissement, d'autres lésions encore; mais dans d'autres cas il produit l'impuissance des membres par une action toute locale. Le fait actuel appartient peut-être à cette catégorie et ne peut, en conséquence, rien prouver contre la liaison rationnelle des altérations de la moelle avec les symptômes qui les accompagnent ordinairement. Nous regrettons seulement de n'avoir pas examiné les gros troncs nerveux qui pouvaient avoir été altérés par la cause rhumatismale. Mais il y a plus : l'affection eût-elle siégé primitivement dans le rachis, l'ancienneté de la maladie pouvait faire admettre la disparition de l'altération locale, l'effet persistant, de même qu'on voit la paralysie survivre à la cicatrisation des foyers apoplectiques.

Cette petite digression nous a paru nécessaire pour faire apprécier combien les apparences peuvent induire en erreur et combien il est essentiel de peser toutes les circonstances prochaines et lointaines d'un fait pour en tirer des conclusions légitimes.

Nous ferons remarquer, avant de terminer, ces altérations profondes de l'intestin, altérations manifestement chroniques, bien que le malade prétendît n'avoir la diarrhée que depuis quelques jours. C'est, pour ainsi dire, la contre-partie de l'observation précédente, où le peu de gravité des lésions intestinales contrastait avec l'ancienneté du dévoiement.

Ici se termine l'exposé fidèle de nos observations cliniques sur les maladies de l'appareil cérébro-spinal. Nous n'avons entendu parler que des affections idiopathiques et n'avons pas voulu, pour le moment, aborder les difficultés relatives à celles qui peuvent être symptomatiques de certaines lésions graves des autres viscères. Nous n'avons prétendu, je le répète, que soutenir le courage des praticiens, en leur faisant voir que, sur un théâtre aussi modeste que le nôtre, et avec des lumières que nous ne croyons pas surpasser la mesure commune, nous avons pu établir un diagnostic positif dans la grande majorité des cas.

En effet, indépendamment des 46 cas réputés de névrose, sur 32 cas de lésions matérielles appréciables de l'encéphale et du prolongement rachidien, dont font partie les 18 observations qui constituent ce mémoire, nous n'avons erré que deux fois (obs. 5 et 6); nous sommes restés cinq fois dans le doute (obs. 1, 4, 7, 8, 15), et nous nous sommes abstenus une fois (obs. 19). Une seule fois le doute a pu porter préjudice au malade (obs. 7).

En résumé, les chances d'erreur d'après les faits qui nous sont propres seraient d'un sur seize, et les chances de doute d'un et demi sur huit. Mais ce qui doit surtout assurer la conscience du praticien, c'est que les cas où la thérapeutique a pu souffrir de l'erreur et du doute, se réduisent à un sur 32.

Nous n'avons cependant pas, je le redis encore, la prétention d'être plus habiles que le commun des observateurs; nous ne pensons pas non plus être plus malheureux que beaucoup d'autres; car, en fait de pratique, le bonheur, sur un nombre de cas donné, est toujours du côté de la science et du talent d'observation. Nous maintenons donc que tout praticien éclairé jouira des mêmes avantages.

Je conclus de tout ceci que les observateurs qui font de la statistique, et M. Andral lui-même, serviraient plus efficacement la pratique si, tout en poursuivant leurs utiles travaux, ils voulaient bien nous dire en somme combien de fois ils ont rencontré juste et combien de fois ils se sont trompés sur le diagnostic des maladies dont ils s'occupent. Il ne suffit pas, en effet, en statistique appliquée, de considérer isolément les symptômes et de dire combien de fois chacun d'eux s'est montré, combien de fois il a fait défaut, etc.; il convient encore de mettre ces symptômes en rapport les uns avec les autres, d'en étudier les affinités, la succession, les combinaisons dans la structure des maladies; car, ainsi qu'on l'a dit, un symptôme ne constitue pas une maladie; chaque signe n'est qu'un élément qui emprunte sa puissance et sa valeur réelles aux éléments avec lesquels il se trouve amalgamé. Dire comment on arrive au diagnostic précis d'une affection quelconque, ce serait remettre sous les yeux du praticien les plus simples éléments de l'art, ce serait rappeler de quelle importance absolue et relative sont l'âge, le sexe, la constitution, les habitudes, puis les symptômes isolés ou combinés, la marche, la durée, les complications, etc. C'est effectivement de tout cela que se compose le diagnostic en général, et c'est précisément ce qui fait que l'art d'observer est si difficile et que la statistique est chose si délicate. C'est en nous conformant à ces principes, ainsi qu'on l'a vu, que nous avons procédé à l'appréciation des faits réunis dans ce travail. Puissions-nous avoir fait œuvre de science, comme nous avons fait acte de conscience, en exposant nos erreurs avec autant de franchise que nos succès, dans l'art non moins important que difficile du diagnostic appliqué aux maladies de l'appareil cérébro-spinal!

GAZETTE MÉDICALE. — Déc. 1838.

HOTEL-DIEU.

M. PETIT.

M. LEGROUX, chargé du service par intérim.

De l'épilepsie et de son traitement par la belladone, faits recueillis et accompagnés de remarques, par N. M.

1re *observation*. Nicole, Nicolas, vigneron, âgé de vingt-sept ans, de constitution moyenne, habituellement malade, est atteint depuis l'enfance d'une gastrite chronique, dyspepsie; pesanteur, tiraillements et sentiment de brûlure à l'estomac; turgescence de la région épigastrique après les repas, ainsi que battements à cette même région; dyspnée et palpitations; grand développement de gaz dans l'estomac, n'étant expulsés que très-difficilement; lassitude, tristesse, migraine après l'ingestion des aliments; constipation, renvois aigres et parfois vomissements de mucosités sanguinolentes; amaigrissement, coloration terreuse de la face et verdâtre sur quelques points; peau des membres rugueuse et recouverte d'un enduit farineux.

Telle était la santé habituelle de Nicole lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu; mais à cet état se joignaient des accès d'épilepsie qui se répétaient plusieurs fois par jour, et dont l'origine remontait à dix ans.

Nicole raconte qu'étant un jour à la moisson, il perdit tout à coup connaissance et eut un accès d'épilepsie qui se répéta encore deux fois, et qu'il attribue à une constipation opiniâtre qui le fatiguait depuis plusieurs jours.

Après ce premier orage, il resta quatorze mois sans ressentir de nouvelles atteintes; il fut purgé et les accès cessèrent. Deux fois encore les accès se renouvelèrent de quatorze mois en quatorze mois, et furent calmés par les purgatifs (manne).

La dernière fois, en outre, on établit un cautère au bras, qui fut entretenu pendant deux ans sans que le malade éprouva de nouveaux accès, et qui ne fut supprimé qu'en février 1837. Après cette époque, Nicole éprouva de loin en loin les accidents qui l'avertissaient autrefois que l'accès allait avoir lieu, et qui consistaient dans un resserrement de la gorge qui lui rendait tout à coup la parole impossible. Cette *aura epileptica* arrivait soudainement quelquefois au milieu d'une conversation, et en même temps l'intelligence et les sens conservaient leur intégrité d'action. Immédiatement après l'apparition de ces symptômes le malade se purgeait avec un élixir purgatif dont il ignore la composition, et qui paraît avoir reculé les accès jusqu'au mois d'avril, époque où il n'a plus pu s'en procurer. Depuis, les accès se sont répétés tous les mois, et les époques se sont rapprochées de plus en plus, jusqu'au 20 juin 1838, jour de son admission à l'Hôtel-Dieu.

La santé de Nicole était alors profondément compromise, tant par suite du mauvais état des organes digestifs que des accès d'épilepsie qui se répétaient jusqu'à quatre fois dans les vingt-quatre heures. Plusieurs moyens, tels que la saignée générale, les purgatifs, l'iode, etc., furent employés avec peu ou point de succès.

Les accès, aussi fréquents qu'au moment de son entrée, étaient devenus plus intenses, lorsque vers les derniers jours de septembre on commença l'emploi de la belladone. Ils survenaient alors de quinze jours en quinze jours, et il n'en avait pas eu depuis huit, lorsqu'il prit la belladone pour la première fois.

L'extrait aqueux de cette solanée fut d'abord employé à la dose de deux grains, que l'on continua jusqu'au 5 octobre. (Camomille jusqu'au 5; puis limonade pour tisane; deux soupes.) Les symptômes d'atropisme ne se déclarèrent qu'au quatrième jour, c'est-à-dire au moment où l'on remplaça la camomille par la limonade; ces symptômes ont persisté depuis jusqu'à la fin du premier traitement par la belladone, et ont été en tout semblables à ceux éprouvés par Daniel, mais avec moins d'intensité. (*Voyez* l'observation suivante.)

Le 5, suspension de la belladone, que l'on reprend les 6 et 7, à la dose de 2 grains.

Le 7, même dose. Vers le soir, accès épileptique, qui est le premier depuis qu'il prend la belladone, et qui est moins fort que ceux qu'il éprouvait avant.

Dans la nuit du 7 au 8, les accès se répètent trois fois.

Du 9 au 10, trois grains d'extrait de belladone; gomme sucrée; deux soupes; trois tasses de lait.

Les 14 et 15, purgation copieuse procurée par le calomel (4 grains chaque fois). Pas d'accès.

Du 17 au 21, quatre grains d'extrait de belladone.

Les accès ne s'étant pas reproduits depuis douze jours, on suspend le médicament.

On accorde un peu de nourriture (quart maigre, poisson, œuf, lait, etc.) et un peu de bon vin pour relever les forces du malade (2 onces de vin de Bagnolle). Ce régime est continué jusqu'au 25; à cette époque, nouvel accès, qui se reproduit le 26.

Le vin fut suspendu immédiatement, et le malade soumis à un régime lacté. On reprit l'usage de la belladone à la dose de deux grains, que l'on continua pendant tout le mois de novembre sans que de nouveaux accès se soient montrés.

Deuxième observation. Daniel, Eugène, âgé de vingt-huit ans, journalier, constitution sèche, système veineux sous-cutané développé, a éprouvé, il y a deux mois, une première attaque d'épilepsie à la suite d'une colère violente. Depuis, les attaques se sont renouvelées tous les jours, et se sont répétées jusqu'au nombre de cinq fois dans les vingt-quatre heures. Il est resté quinze jours chez lui, et pendant les huit premiers jours il dit avoir eu de la fièvre. Deux saignées du bras constituent le traitement qu'il a subi avant son entrée à l'Hôtel-Dieu.

A cette époque le malade n'avait point de fièvre, mais les accès étaient aussi fréquents qu'avant son admission. Ils étaient très-violents, se prolongeaient de sept à dix minutes, et par leur intensité semblaient menacer le malade d'une suffocation imminente.

Une nouvelle saignée de seize onces, pratiquée à l'Hôtel-Dieu, a fourni un sang couenneux, et pendant les premiers quatre ou cinq jours le malade a été soumis à l'emploi de la teinture de castoréum à la dose de 20 ou 25 grains dans un julep diacodé, à prendre dans les vingt-quatre heures; aux lavements d'assa-fœtida et à un régime maigre. (Demi et quart de poisson, pruneaux, œufs et lait.)

Ces diverses médications restèrent sans effet, et l'état de Daniel empira même d'une manière évidente par l'emploi des bains et des douches froides que l'on se hâta de suspendre.

L'extrait de belladone est alors employé à la dose de deux grains par jour dans un julep simple pendant trois jours, et le quatrième jour cette dose est doublée sans que le malade éprouve le moindre effet d'atropisme. (Tilleul orangé; la demie et du lait.) Pas de mieux.

Le cinquième jour, l'extrait de belladone est porté à la dose de cinq grains, et cette dose est continuée pendant quatre jours: le régime et la tisane ne sont pas changés. A cette époque, l'intensité des accès diminue, et des phénomènes d'atropisme se manifestent: la vue du malade se trouble (brouillard), et il dit voir mieux les objets de loin que de près; la pupille est fortement dilatée, pouls petit; visage hébété.

On suspend la belladone le sixième jour; mais l'état du malade empire d'une manière sensible; les accès reprennent leur intensité première. L'on se hâte de la reprendre à la dose de cinq grains, que l'on continue pendant six jours. Au troisième jour les accès sont coupés, et ne reparaissent pas les quatrième, cinquième et sixième jour.

Daniel reste encore à l'hôpital pendant trois jours, et n'éprouve plus d'accès. Pendant cette dernière période, le régime a été le même, ainsi que la tisane.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — Déc. 1838.

CONSIDÉRATIONS

Et observations sur l'hypochondrie (1);

Par le docteur BELHOMME.

Mémoire présenté à la Société de Médecine pratique.

L'hypochondrie dont la nature est si peu saisissable a été expliquée différemment par les divers auteurs.

Hippocrate, Galien et Arétée l'ont attribuée à l'atrabile. Willis la plaçait dans le cerveau et le système nerveux; Cullen et Pinel ont rangé cette maladie dans les névroses, mot vague et qui n'exprime rien de

(1) Ce travail fait partie du troisième Mémoire qui va être publié sur la localisation de la folie.

clair; M. Broussais pense qu'elle est une forme de la gastro-entérite chez un individu prédisposé; M. Louyer-Willermay la regarde comme une affection éminemment nerveuse qui paraît résider dans une irritation, ou manière d'être particulière du système nerveux, et principalement de celui qui modifie les organes digestifs; M. Georget a appelé l'hypochondrie, *cérébropathie*, expression qui localise l'affection au cerveau. M. Brachet, de Lyon, nomme cette maladie *névrataxie cérébro-ganglionnaire;* enfin M. Dubois, d'Amiens, a dénommé l'hypochondrie, *monomanie hypochondriaque*.

On voit que le plus grand nombre des auteurs que je viens de citer regardent cette maladie comme une irritation nerveuse, mais ils ne sont pas d'accord sur son siége. Les uns veulent que ce soit le cerveau seul qui soit lésé, les autres étendent la lésion au système nerveux de la vie animale, et même au système ganglionnaire.

Pénétré de cette vérité que l'hypochondrie est une irritation nerveuse, j'adoptai, il y a plusieurs années, l'expression de *névropathie* parce qu'elle exprime tout à la fois la névrose et la sympathie morbide qui a lieu dans l'hypochondrie. En effet, qu'une inflammation gastro-intestinale, ou une affection du foie ou de tout autre organe existe, c'est toujours par les communications nerveuses que le cerveau se trouve influencé secondairement; c'est par la trame des nerfs formant les divers plexus abdominaux et pectoraux que se transmettent les sympathies de souffrance. L'affection nerveuse peut aussi être essentielle, c'est-à-dire exister par elle-même, sans l'excitant inflammatoire d'un ou de plusieurs organes. Sans autre préambule, je citerai comme exemple saillant l'observation d'un jeune homme qui me présenta les symptômes de l'hypochondrie la plus complète, sans qu'on pût découvrir aucune lésion organique pour justifier la souffrance qu'il disait endurer.

PREMIÈRE OBSERVATION :

Agé de vingt-trois ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, ce jeune homme se plaignait d'éprouver des douleurs à la région du cœur, à la poitrine, à l'estomac et au bas-ventre; au milieu de ses souffrances, il débitait mille extravagances: il prétendait que son sang était arrêté, que ses pieds étaient gelés, il prévoyait une fin prochaine. Cet état persistait, le malade maigrissait, on craignait une affection organique du cœur, et un commencement de phthisie pulmonaire; une consultation eut lieu, et l'exploration ne fit découvrir aucune lésion organique.

Le traitement fut le suivant : *application de sangsues à l'anus, digitale en poudre et en pilules, bains généraux, un vésicatoire à la nuque, régime adoucissant.*

Le malade est sorti de l'établissement dans une meilleure situation et fut bientôt guéri sous l'influence des distractions qu'on lui donna, et d'un voyage qu'il entreprit.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Hypochondrie avec lésion physique.—M. B..., âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une forte constitution, avait toujours eu un caractère bizarre. Ancien militaire, il avait contracté l'habitude des boissons spiritueuses, il fumait beaucoup; peu sociable, il avait toujours vécu dans une sorte de malaise avec les personnes qui l'entouraient. Sa femme avait eu à souffrir de sa jalousie, qui pouvait être fondée, mais qui lui faisait commettre des actions déraisonnables. Il y a un an qu'il perdit un bienfaiteur qui lui laissa une partie de sa fortune; cet avantage qu'on lui faisait fit naître des contestations entre lui et les héritiers naturels du testateur. M. B... devint plus bizarre, sa jalousie augmenta; il crut voir partout les amants de sa femme; il s'imagina enfin avoir le ver solitaire qui lui faisait sentir des brulûres, des piqûres, etc. Il se plaignait de douleurs de tête et d'étouffements; il était atteint d'une hypochondrie qui se compliquait quelquefois de mouvements d'impatience et de fureur. Pendant plusieurs mois sa femme et ses domestiques supportèrent ses bizarreries et ses emportements; mais enfin cet état se prolongeant, sa femme consulta le docteur Parent. Tous les traitements échouèrent; une consultation eut lieu avec le docteur Marc qui fut d'avis de placer le malade dans un établissement spécial.

Il me fut confié le 5 janvier 1837. M. B... était un peu amaigri, il se plaignait continuellement de douleurs dans le ventre, la poitrine et le dos. Son appétit était fort capricieux, suivant qu'il prétendait être tourmenté par son ver solitaire. Une saignée fut pratiquée à cause de la plénitude du pouls, des bains tièdes et des boissons antispasmodiques furent données; le malade présenta des alternatives d'amélioration pendant lesquelles M. B... semblait renoncer à ses idées; mais bientôt de nouvelles souffrances venaient réveiller les mêmes idées, et il recommençait ses plaintes ridicules et exagérées. Cette position qui semblait d'abord un peu améliorée sous l'influence des moyens sédatifs dont je fis usage, prit dans les derniers temps de l'existence de ce malade une telle intensité, que son délire devint furieux. Il se plaignait d'oppression; mais au milieu de ses habitudes on ne put soupçonner par aucun symptôme l'existence d'une pleurésie latente. Il mourut presque subitement le 10 mars 1837.

Autopsie faite en présence de M. Parent. Le cadavre est un peu amaigri, les muscles sont assez fortement prononcés, le visage n'indique pas la souffrance, il

est décoloré. La tête est de moyenne grosseur, elle a vingt pouces de circonférence ; le diamètre antéro-postérieur est de six pouces et demi ; le diamètre transverse présente cinq pouces et demi; le front est peu élevé, les parties latérales et postérieures du crâne sont prédominantes. Le crâne ouvert par une section circulaire laisse échapper une assez grande quantité de sérosité sanguinolente. Les os ont leur épaisseur ordinaire.

La dure-mère est saine, l'arachnoïde est injectée et épaissie surtout vers la bosse frontale, les vaisseaux qui circulent au-dessous d'elle sont fortement injectés, ainsi que la pie-mère, ce qui donne un aspect violacé à la surface des hémisphères, la substance corticale est fortement injectée, mais n'est adhérente à la pie-mère que par des vaisseaux ; la substance médullaire du cerveau présente de la densité, et on trouve la peuve d'une injection forcée par la présence de gouttelettes de sang qui s'écoulent par la section du scalpel.

Les ventricules sont tout à fait vides de sérosité et semblent desséchés, les organes ventriculaires sont sains ; rien dans le quatrième ventricule. La protubérance annulaire est saine, le cervelet est assez volumineux, les sections faites à son tissu n'offrent rien à noter.

Thorax : La poitrine résonne par la percussion et n'indique nullement les altérations que l'on va signaler.

Les poumons sont sains, surtout à gauche ; mais à droite, la plèvre est enflammée, elle est rouge particulièrement au sommet et recouverte de fausses membranes récentes; une assez grande quantité de sérosité lactescente se fait remarquer à la partie déclive de cette cavité ; les bronches sont légèrement enflammées ; la trachée-artère et le larynx sont aussi phlogosés ; le cœur est volumineux, hypertrophié, et présente un tiers de plus du volume ordinaire de celui d'un homme adulte de la force et de la stature de M. B. ; la section transversale de cet organe offre des fibres vigoureuses, décolorées. Les ouvertures ventriculaires sont libres.

Abdomen : Le ventre vu avant l'ouverture est aplati ; il y a peu de gaz dans les intestins. L'estomac est disséqué avec soin ; les nerfs pneumo-gastriques et le grand sympathique sont mis à découvert jusqu'au plexus solaire, et n'offrent rien à noter. Le ganglion semi-lunaire n'a pas un volume exagéré. L'estomac est énorme, son grand cul-de-sac est large et renferme des restes d'aliments et de boisson ; la membrane muqueuse est violacée, et présente des arborisations plus prononcées qu'à l'ordinaire : elle est un peu épaissie, mais non ramollie. Les intestins grêles présentent çà et là des plaques rouges qui ont un pouce et demi d'étendue ; dans cet endroit les membranes semblent amincies ; les gros intestins sont peu distendus par du gaz ; le foie est volumineux, mais sain ; la rate est petite ; son tissu est un peu ramolli. Les reins et la vessie n'offrent rien de particulier.

TROISIÈME OBSERVATION.

Hypochondrie essentielle. M. G...., âgé de trente-sept ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, d'un caractère doux, avait une grande intelligence, mais il était défiant de lui-même comme on en peut juger par le fait suivant. A l'âge de vingt-quatre ans, il fut à sa volonté de se faire notaire en province, toutes facilités lui furent offertes pour traiter ; il refusa dans la crainte de succomber à la peine qu'il prévoyait devoir prendre, comme il le disait lui-même. Né d'une mère fort accessible aux idées tristes, il a un frère qui a eu comme lui des accès d'hypochondrie. Voici le fragment d'une lettre qui donnera l'idée de toute l'étendue du mal qui le dominait.

« Lorsque j'ai éprouvé, il y a dix-huit ans, les palpitations de cœur par suite de l'idée fixe que j'avais d'une maladie mortelle, toutes sortes de chimères m'accablaient comme aujourd'hui ; depuis, il m'est arrivé de retomber dans les mêmes craintes, lors d'entreprises que j'ai faites et qui m'avaient un peu tourmenté. Jusqu'à présent je suis parvenu à dissiper toutes ces fausses idées. J'ai donc vécu depuis dix-huit ans avec cette maladie qui me donnait des inquiétudes malgré tout le bonheur que j'ai eu en toutes choses. J'ai consulté plusieurs bons médecins qui m'ont dit qu'il n'y avait rien à faire ; j'ai vécu jusqu'à présent dans cette conviction. Depuis quatre ans, j'ai éprouvé des étourdissements si forts que j'étais quelquefois obligé de me soutenir dans les rues ; la moindre lecture, le moindre travail me faisaient mal, et je ne pouvais écrire sans être agité. Une idée qui m'a toujours poursuivi, c'est que j'étais impuissant, et la honte de n'être pas comme un autre homme me dominait auprès de ma femme ; cependant j'ai un fils, etc...... »

Ce malade me fut adressé par le professeur Blandin, le 9 mai 1836 ; à son entrée il était dans la situation physique et morale suivante : pâle et amaigri, il avait la physionomie d'un homme inquiet ; son moral est affaibli, son raisonnement l'est aussi, il se croit menacé d'une mort prochaine. Il se plaignait de palpitations qui troublaient son sommeil, et une fois éveillé, il était en proie aux méditations les plus fatigantes. Aussitôt le jour il se levait désespéré d'une position qu'il raisonnait avec lucidité, mais qu'il ne pouvait changer. Il se faisait alors examiner par le médecin et cherchait à lire dans ses yeux si sa position était grave. Le pouls dans ce cas était petit, serré ; on sentait très-distinctement les battements du cœur répétés, sans qu'on pût les attribuer à une maladie organique de ce viscère. En

effet, après une nuit de repos, ses yeux, son pouls et les battements du cœur revenaient à leur état normal.

Ce malade fut soumis au traitement suivant: *Application de quinze sangsues à l'anus, bains frais prolongés, avec affusion d'eau froide sur la tête, une pilule d'extrait de jusquiame d'un quart de grain tous les soirs, régime fortifiant et exercice au dehors de l'établissement.* Quinze jours se passèrent dans un état progressif d'amélioration; mais, après une contrariété, nos espérances d'une prompte guérison s'évanouirent: M. G..... retomba dans la même position qu'avant. *Application d'un large vésicatoire à la nuque* dont on eut soin de diminuer la douleur par des applications de cataplasmes laudanisés.

Je remarquai bientôt une intermittence assez prononcée des accès dans le type tierce et j'administrai le sulfate de quinine depuis la dose de six grains jusqu'à vingt grains dans l'intervalle des accès. Il y eut une nouvelle amélioration. Au bout de cinq semaines du traitement le plus actif, la famille de ce malade résolut de faire une consultation. Les consultants furent d'avis de faire voyager le malade et d'abandonner tout traitement. M. G..... suivit ce conseil; mais il ne tarda pas à revenir à Paris tout aussi malade qu'auparavant. Il se fit alors traiter par la méthode homœopathique; aujourd'hui qu'il est guéri, il prétend que c'est à son usage qu'il doit son rétablissement.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Hypochondrie avec lésions physiques. M. L..., âgé de vingt-un ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une assez forte constitution, d'une haute stature, d'un caractère doux, d'une intelligence médiocre, était né d'une mère qui avait eu des accès de lypémanie. Employé dans une maison de commerce, il se crut affecté de phthisie pulmonaire; il se plaignait d'oppression, de palpitations, de mal de ventre. Ce jeune homme ayant toutes les apparences de la force, et d'ailleurs n'ayant point de fièvre, ne pouvait persuader personne; aussi fut-il bientôt exaspéré de l'incrédulité de ses amis et de ses camarades. Il devint morose, inhabile au travail, et le maître qui l'employait, après l'avis d'un médecin, le plaça dans mon établissement le 15 mai 1836.

M. L...., a la physionomie douce, mais la crainte et la tristesse y sont empreintes; il est pâle et se plaint de souffrances qui me parurent exagérées; le pouls est fréquent sans plénitude, le ventre est douloureux à la région épigastrique, la langue est rouge sur les bords. Je fis appliquer quinze sangsues à l'anus, et donner des bains tièdes prolongés: le malade fut soulagé, mais toujours fort triste et inquiet de sa position. Je continuai les bains et je fis faire des frictions sur le dos avec la pommade stibiée, en même temps que l'on purgeait légèrement le malade avec quatre grains de calomelas. Sous l'influence de ce traitement, M. L... se sentit mieux; il devint moins triste; j'en profitai pour lui faire prendre des distractions. Ses idées devinrent plus générales, il s'occupa d'écrire, fit des plans d'avenir; je conseillai un long voyage; j'ai su depuis qu'il était guéri.

Réflexions sur les précédentes observations.

Pour bien juger une maladie, il faut la comparer dans ses divers degrés. De ces quatre observations, la seconde offre la peinture la plus caractérisée de l'hypochondrie; elle est d'autant plus marquée que l'intelligence est naturellement faible, et que le jugement est moins développé. Le troisième fait est celui d'un homme d'une assez forte intelligence, aussi a-t-il pu raisonner son mal; né d'une mère qui fut hypochondriaque, son frère fut, ainsi que lui, exposé à des accès de cette maladie. La quatrième observation est celle d'un jeune homme dont la mère a été lypémaniaque, son intelligence était médiocre, son organisation l'a entraîné à ce genre de monomanie.

Chez ces malades il y a eu des idées fixes de maladies, de souffrances qui paraissaient imaginaires et qui ne sont point le seul résultat d'une erreur de jugement, mais bien d'une erreur de perception. La perception de l'hypochondriaque est souvent exagérée par son intelligence faussée.

En examinant si ces perceptions ont été justifiées chez ce malade par des souffrances physiques, on s'aperçoit que M. B... accusait la présence d'un ver solitaire, en ressentait des piqûres, des brûlures, qu'il se plaignait d'un état d'oppression. L'autopsie prouve non la présence d'un ver, mais l'existence de lésions pathologiques; les intestins offrent des plaques rouges, la membrane muqueuse de l'estomac est violacée et épaissie, le cœur est hypertrophié, et la plèvre malade. Ne peut-on pas croire que ces maladies ont influencé sympathiquement le cerveau dont les fonctions étaient affaiblies par l'abus des liqueurs spiritueuses et des narcotiques?

Le troisième malade avait aussi des sensations pénibles; mais il n'y avait pas de signes bien évidents de maladie physique qui pussent réagir sur le centre intellectuel. Ici la maladie était essentiellement nerveuse comme dans la première observation.

Le quatrième malade avait une gastro-entérite et une organisation intellectuelle peu développée; on peut trouver encore dans cette observation des lésions physiques.

Dans tous les cas la nature de l'affection hypochondriaque est essentiellement nerveuse, ainsi que l'hystérie; elle a besoin pour se déclarer d'un point de départ et d'une réaction sur le centre nerveux principal.

On a rapproché avec juste raison l'hypochondrie de l'hystérie : ce sont deux affections tout à fait identiques, seulement les phénomènes de l'hypochondrie ne sont pas accompagnés de convulsions comme l'hystérie. Cherchons dans l'examen anatomique la raison de cette différence. Dans l'hypochondrie les divers plexus abdominaux communiquent directement avec le cerveau par le pneumo-gastrique, tandis que dans l'hystérie, le plexus hypogastrique est fourni en grande partie par les nerfs lombaires qui naissent de la moelle épinière, centre principal d'innervation. La moelle épinière est l'organe de la sensibilité et des mouvements volontaires, elle ne peut être ébranlée sympathiquement sans produire des spasmes violents : de là vient peut-être que l'hystérie s'accompagne ordinairement de convulsions.

Dans l'hypochondrie, les organes qui paraissent les plus affectés sont le foie, l'estomac et les intestins grêles : ce sont justement ces organes qui reçoivent leur influence du pneumo-gastrique, comme l'a si bien démontré M. Brachet, de Lyon, qui a limité mieux que ne l'a fait Bichat les fonctions du système nerveux abdominal. En effet, Bichat a écrit que toutes les fonctions qui étaient soustraites à la puissance de la volonté dépendaient des ganglions. M. Brachet et tous les expérimentateurs modernes ont prouvé que Bichat s'était trompé, que les mouvements péristaltiques des intestins dépendaient des pneumo-gastriques et des nerfs lombaires, tandis que les fonctions d'assimilation étaient du ressort du grand sympathique. Ceci étant bien prouvé que les nerfs de la vie animale ont une part dans les fonctions normales des intestins et des autres organes abdominaux, doit-on s'étonner que dans l'état morbide ces mêmes nerfs reçoivent une influence de la désharmonie des fonctions?

Après avoir cherché à déterminer le point de départ de ces deux affections nerveuses, voyons ce qui doit arriver lorsque le cerveau reçoit un effet sympathique constant de la part des organes éloignés, si l'organisation de ce centre nerveux principal est susceptible de se laisser troubler dans sa fonction principale, l'intelligence; le délire exprimera les souffrances que ressent l'hypochondriaque, de même que l'hystérique aura des idées de nymphomanie plus ou moins prononcées.

Les auteurs qui se sont occupés de phrénologie et surtout M. Broussais ont avancé que la forme particulière du crâne, en donnant aux organes de circonspection une énergie anormale, prédisposaient à l'hypochondrie, de même que le développement du cervelet prédispose la femme à l'hystérie.

Sans adopter exclusivement ce mode d'explication, je crois que certaines conditions cérébrales peuvent influer sur les déterminations vicieuses de l'intelligence.

J'ai pu réunir un assez grand nombre de faits d'observation qui prouvent que l'organisation primitive influe beaucoup sur la forme du délire, surtout pour la monomanie.

Beaucoup de folies ambitieuses appartiennent à des sujets chez qui l'orgueil et l'ambition dominent naturellement.

Si nous comparons les trois derniers malades nous les voyons prédisposés à l'hypochondrie. Le premier avait cette forme de crâne que je viens de signaler, j'ai son moule dans ma collection, le front est peu développé relativement à la proéminence des parties postérieures et latérales du crâne. Chez les deux autres cette organisation primitive était moins marquée, mais ils avaient reçu de leurs parents le germe de la maladie nerveuse.

L'aliénation mentale qui se rapproche le plus de l'hypochondrie est la lypémanie. Cependant, il existe des caractères différents de ces deux affections qu'il est utile de signaler.

Le lypémaniaque est triste comme l'hypochondriaque, mais il n'existe pas pour lui de souffrances physiques. Le lypémaniaque a des terreurs paniques, il se voit exposé à la haine, à la méchanceté des hommes, il se dit destiné à la damnation éternelle, etc.

Le monomaniaque s'occupe de ce qui le regarde et ne s'inquiète nullement des autres; on pourrait dire que c'est le type de l'égoïsme.

La lypémanie s'accompagne souvent d'hallucination des sens externes, tandis que le monomaniaque n'a que des hallucinations internes, si l'on peut s'exprimer ainsi.

La lypémanie ne se complique pas ordinairement de maladie intestinale, tandis que l'hypochondrie s'accompagne le plus souvent d'une gastro-entérite à divers degrés, ou bien d'hépatite, de splénite ou de toute autre affection des organes abdominaux. La lypémanie paraît être une affection idiopathique du cerveau, et l'hypochondrie une affection sympathique dont le point de départ est au bas-ventre. On voit par ce parallèle que l'hypochondrie est une affection bien tranchée, et que le cerveau n'est point l'organe principalement lésé.

Les hypochondriaques raisonnent parfaitement leur maladie. Ils se complaisent à vous répéter les moindres particularités de leurs souffrances. Leur conversation est fort instructive pour tout médecin qui veut leur prêter une grande attention.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Un hypochondriaque vint dernièrement me consulter et me raconta avec détail toutes ses terreurs et ses craintes sur le dérangement de sa santé.

Depuis l'époque du choléra, il est constamment en proie à la frayeur qu'il a de mourir de cette maladie. Il ressent des douleurs abdominales, des palpitations et des maux de tête. Il fuit la société parce qu'il croit qu'on s'aperçoit de son malaise, il craint surtout de devenir aliéné.

Je recherchai chez lui des lésions physiques ; il a la tête allongée en arrière et le front aplati. Agé de trente ans, d'une constitution bilioso-lymphatique, il a toutes les apparences de la force. Les fonctions des poumons et du cœur sont à l'état normal, si ce n'est que la circulation est souvent accélérée par des palpitations , le pouls est vibrant mais régulier, les digestions sont quelquefois lentes, mais surtout la constipation est opiniâtre.

Je lui conseillai: 1° *l'application de quinze sangsues à l'anus; 2° éviter la constipation par des lavements purgatifs; 3° l'exercice du cheval et des distractions*.

Les moyens moraux ont été surtout préconisés pour la guérison de l'hypochondrie, mais je pense qu'ils sont surtout efficaces lorsqu'on a fait l'application de moyens physiques. En effet, il est rare de ne pas rencontrer chez ce genre de malades, une irritation intestinale, de la constipation, ou quelque empâtement dans les organes abdominaux. Il faut donc porter son attention d'abord sur les lésions physiques, plus tard lorsqu'on a rétabli l'harmonie des fonctions circulatoires et nerveuses, les voyages aux bains de mer, et aux eaux minérales peuvent déterminer une amélioration soutenue et amener la guérison complète.

Lorsque l'affection est essentiellement nerveuse on peut employer les bains tièdes répétés, les dérivatifs à la peau, et les antispasmodiques. Ce sont les moyens les plus efficaces pour ramener les fonctions nerveuses à leur type normal; les distractions de tout genre devront être aussi d'un grand secours.

On a pu voir combien la nature des maladies nerveuses est insaisissable parce que nous ne connaissons pas le genre de lésion des nerfs; en effet, que nous a démontré l'autopsie de notre second malade? Que les nerfs pneumo-gastriques, le grand sympathique et le plexus solaire ne laissent rien apercevoir dans leur texture qui annonce le moindre état pathologique. Terminons ces considérations par les conclusions suivantes :

1° L'hypochondrie est une affection nerveuse ;

2° Cette névrose dépend d'une réaction soit inflammatoire, soit essentiellement nerveuse des organes abdominaux supérieurs, tels que le foie, l'estomac, le duodénum et les intestins grêles ;

3° La lésion de l'intelligence est secondaire à cette réaction;

4° La dénomination de *névropathie hypochondriaque* indique tout à la fois la nature et le siége de cette maladie ;

5° L'hypochondrie et l'hystérie sont deux maladies identiques, la première dépendrait surtout de l'irritation du pneumo-gastrique et la seconde de l'influence morbide du plexus hypogastrique ;

6° Les lésions nerveuses sont insaisissables; mais ne pourrait-on pas admettre un trouble des fonctions de l'innervation?

7° Le traitement est physique et moral; par le premier on doit agir sur le principe de la maladie, et par le second on ramènera l'intelligence à son type normal.

JOURN. DES CONN. MÉDICALES.—Déc. 1838.

ESSAI THÉRAPEUTIQUE

Sur la chlorose ménorrhagique.

Par M. TROUSSEAU.

Beaucoup de médecins, bons observateurs d'ailleurs, pensent que la chlorose est nécessairement caractérisée par une diminution notable, ou par la suppression totale du flux menstruel. Ils regardent la ménorrhagie , c'est-à-dire l'écoulement immodéré des règles , comme un accident tellement insolite dans cette maladie , qu'ils l'excluent formellement. Il leur est pourtant impossible de ne pas voir souvent dans leur pratique des femmes profondément anémiques et auxquelles il ne manque aucun des accidents généraux de la chlorose, et qui, chaque mois, éprouvent d'abondantes pertes de sang. Dans ce cas ils établissent une distinction ; ils appellent *anémiques* les femmes qui sont dans ce dernier cas , et *chlorotiques* , celles qui se trouvent dans le premier.

Et pourtant , ainsi que je le disais tout à l'heure, il ne manque à ces femmes anémiques aucun des symptômes de la chlorose ; ni l'extrême pâleur , ni la décoloration du sang , ni la dilatation du cœur , ni le bruit du souffle des principales artères , ni les névralgies diverses. De sorte que si , interrogeant chez ces malades toutes les fonctions, tous les appareils, on omettait seulement les organes générateurs, on ne pourrait méconnaître la chlorose.

Pour eux la *chlorose* est une *anémie* sans perte de sang, une anémie qui tient par conséquent à une

modification générale de l'économie qui a quelque chose de tout spécial; tandis que *l'anémie* est un état acquis que le médecin peut produire à volonté; car les pertes de sang naturelles et artificielles amèneront toujours cet état général quand elles auront été portées trop loin, ou qu'elles se répéteront trop souvent.

A mon tour j'essaierai d'établir une distinction entre *l'anémie* et la *chlorose*. L'anémie est, comme je le disais tout à l'heure, un état accidentel, elle est causée immédiatement, sans transition, par d'abondantes pertes de sang: en quelques jours, en quelques heures, on devient anémique. La chlorose est un état permanent, ordinairement lent à se développer, lent à abandonner la malade, toujours prêt à se reproduire sous l'influence de la cause en apparence la plus indifférente. L'anémie est un état essentiellement transitoire: quelques semaines suffisent à la réparation du sang et au retour complet des forces, sans qu'il soit besoin d'autres secours que de ceux que donne un bon régime diététique. La récidive n'est jamais à craindre, à moins qu'une nouvelle perte de sang ne vienne placer les malades dans de semblables conditions.

Jusque-là rien ne semble plus simple que la distinction entre ces deux maladies, mais il s'en faut de beaucoup que, dans la pratique, la nature mette ainsi les malades dans deux camps aussi nettement séparés.

Tous les jours nous voyons chez une femme, chez une jeune fille, une impression morale être la cause déterminante de la chlorose; plus souvent encore le début de la maladie remonte évidemment à l'époque d'une première application de sangsues par laquelle il y a eu, en somme, peu de sang d'évacué.

Cela posé, nous comprendrons sans peine comment un saignement de nez trop copieux, une saignée abondante, des applications de sangsues répétées, un flux menstruel considérable, peuvent mettre dans des conditions telles que la chlorose éclatera; c'est-à-dire qu'au lieu d'une simple anémie, maladie transitoire, et curable aisément par les seules forces de la nature, il se développera un état spécial de l'économie en vertu duquel la décoloration et la liquéfaction du sang augmenteront tous les jours, bien que les pertes de sang qui y avaient primitivement donné lieu ne se soient plus répétées.

Ici donc l'anémie a été le point de départ de la chlorose; elle a disposé l'économie à la chlorose, elle a rendu celle-ci facile et plus rapide dans son développement.

Or il convient d'examiner maintenant la part que l'anémie et la chlorose peuvent avoir dans les hémorrhagies; c'est là le point principal de ce travail.

Sans m'occuper ici des distinctions classiques entre les hémorrhagies actives et les hémorrhagies passives, on ne peut se refuser à croire que les hémorrhagies utérines et autres tantôt se lient à un état de l'économie dans lequel les réactions sont énergiques et où les phénomènes tant généraux que locaux indiquent une surabondance de vie, tantôt surviennent chez des individus qui se trouvent dans des conditions tout à fait opposées. Je veux bien admettre que dans toutes les hémorrhagies (les hémorrhagies traumatiques et hypostatiques exceptées) il y a un travail local préalable, analogue, sinon identique aux premiers phénomènes de l'inflammation; mais je ne veux avoir égard ici qu'aux conditions organiques générales, ne tenant aucun compte des conditions locales.

Or les conditions générales de l'économie jouent ici un rôle d'une extrême importance. Lorsque le molimen hémorrhagique étant le même, le sang est dans des conditions différentes, il est impossible que le flux ne soit pas, et il est en effet considérablement modifié par le degré de plasticité du sang.

Pour prendre d'abord les exemples les plus simples, voyons ce qui se passe dans une plaie récente, soit qu'on l'observe chez un homme vigoureux, pléthorique; soit au contraire qu'on l'observe chez un homme profondément anémique.

Chez le premier, l'hémorrhagie peu abondante s'arrête promptement, et s'il a fallu lier de gros troncs artériels, il est superflu d'employer aucun moyen hémostatique pour s'opposer à l'écoulement du sang par les vaisseaux capillaires, tandis que chez le second, même après la ligature des plus petits troncs vasculaires, il s'écoule encore une quantité considérable de sang, ou du moins d'une sérosité rougeâtre, qui imbibe profondément les pièces de l'appareil, et dont l'abondance compromet gravement les jours du malade.

Ce qui s'observe chez l'homme se remarque également chez les animaux, considérés comme espèce. Ainsi, tandis que l'on peut, sur un chien, amputer des membres, faire d'énormes mutilations, sans que la vie soit compromise par l'hémorrhagie, au contraire, les lapins périssent exsangues après une blessure peu importante. La plasticité du sang des chiens met obstacle à l'hémorrhagie, qui au contraire est favorisée par l'état de dissolution du sang des lapins.

Or la disposition des individus anémiques pour les hémorrhagies est évidente dès les premiers moments qui suivent la perte de sang. Ainsi, si l'on applique pour la première fois quelques sangsues à un enfant, la perte de sang qui en résultera sera, toutes choses égales d'ailleurs, beaucoup moindre que celle qui suivra la seconde application; et celle-ci sera moindre encore que l'hémorrhagie qui suivra

une troisième application : à ce point qu'on a vu malheureusement trop souvent la piqûre d'une seule sangsue déterminer une hémorrhagie mortelle chez un enfant épuisé déjà par des pertes de sang.

Que si l'anémie, considérée comme un état transitoire et en quelque sorte aigu, peut avoir sur les hémorrhagies une influence aussi immense, combien plus grande ne sera pas cette influence si elle dure depuis longtemps, si surtout la chlorose s'est déclarée avec tous ses accidents.

Maintenant transportons à la membrane muqueuse de l'utérus ce que nous disions tout à l'heure en thèse générale. Si une femme ou une jeune fille ont des règles trop abondantes, il arrivera sans doute que, pendant quelques mois, l'intervalle qui sépare chaque époque menstruelle suffira à la reconstitution du sang; mais bientôt la répétition des mêmes accidents amènera l'anémie et en définitive la chlorose. Que si le molimen hémorrhagique reste le même, le flux, en vertu de ce que nous disions plus haut, deviendra d'autant plus abondant; et la chlorose, cause de l'augmentation de l'hémorrhagie, sera elle-même aggravée par l'hémorrhagie, et la malade, tournant sans cesse dans ce cercle, ne tardera pas à péricliter.

Ainsi ne perdons point de vue ces faits principaux: la chlorose est produite par de trop fortes menstrues; la chlorose peut rendre la menstruation encore plus abondante. En d'autres termes :

Des règles trop copieuses causent l'atténuation et la dissolution du sang.

L'atténuation et la dissolution du sang sont une cause d'hémorrhagie.

Tout ce que je viens de dire fait assez comprendre le sens que j'attache à la dénomination de *chlorose ménorrhagique*, que j'ai prise pour sujet de cet essai. Pour moi donc la chlorose ménorrhagique sera la chlorose qui s'accompagnera d'un flux menstruel trop copieux.

Or cette forme de la chlorose est-elle commune chez les jeunes filles? elle est rare : d'après mes relevés, je ne l'évalue qu'au douzième des cas. Chez les femmes adultes, elle est commune : je l'évalue au quart des cas. Toutefois je ferai observer que mes observations, tant dans mon hôpital que dans ma pratique particulière, ne comprennent pas un assez grand nombre de faits pour pouvoir servir à une statistique complète.

J'ai recueilli douze cas de chlorose ménorrhagique: trois sur des jeunes filles; neuf sur des femmes mariées. Aucune de ces malades n'avait de lésion organique de l'utérus; je l'ai constaté positivement sur les femmes mariées; et chez les vierges, où pareil examen eût été difficile et peu convenable d'ailleurs, j'ai jugé, par la rapidité de la guérison, par le bon état dans lequel je les ai vues ensuite durant plusieurs années, que la matrice était exempte de lésions graves.

Arrivons maintenant à la thérapeutique.

Deux circonstances capitales s'offrent aux yeux des médecins; d'une part la *ménorrhagie*, d'autre part la *chlorose :*

La ménorrhagie se combat par des moyens que l'on est habitué de regarder comme contraires à la chlorose; la chlorose dont le traitement, en général facile, passe pour être propre à exciter le flux menstruel. Le praticien se trouverait donc placé entre deux écueils qu'il serait peut être impossible d'éviter.

Voyons pourtant s'il est vrai que les préparations martiales, si puissantes dans le traitement de la chlorose, seraient en effet un médicament emménagogue. On ne saurait mettre en doute que chez une femme chlorotique qui a une aménorrhée le fer ne rétablisse la santé et le flux utérin; mais le fer a-t-il agi comme emménagogue ou comme reconstituant? c'est ce qu'il convient d'examiner.

Toutes les fois que nous donnons des préparations ferrugineuses, dans le cas de chlorose compliquée d'aménorrhée, le premier phénomène que nous observons, c'est la recoloration des tissus, et en même temps, la diminution progressive des appétits dépravés, des maux d'estomac, des palpitations de cœur, de l'essoufflement, du bruit de souffle dans les principales artères, de la soif, etc.; de sorte qu'après six semaines ou deux mois d'un traitement bien fait, les apparences de la santé la plus florissante sont revenues, tout va bien; mais les règles manquent encore; il n'est pas même rare qu'en continuant ce traitement, on voie même survenir les signes d'une véritable pléthore sanguine; et pourtant les règles ne viennent pas.

La santé est donc rétablie, la chlorose est guérie; l'aménorrhée ne l'est pas encore. A leur tour bientôt, les règles apparaissent pour suivre désormais leur cours normal. Or ici le fer a agi d'abord comme reconstituant; et quand une fois la santé a été rétablie, les fonctions de la santé, la menstruation entre autres, se sont rétablies à leur tour. La malade n'a donc pas recouvré la santé, parce que, sous l'influence du fer, ses règles sont revenues; mais tout au contraire, les règles sont revenues, parce que la malade a recouvré la santé sous l'influence du fer. Cela est de la dernière évidence; car, s'il en était autrement, nous aurions vu le retour de la menstruation être le signal du retour de la santé, et c'est le contraire qui a eu lieu.

C'est pour n'avoir pas suivi l'évolution et la succession de ces divers phénomènes que les praticiens se sont tous imaginé que le fer était un *emménagogue;* et cette erreur accréditée depuis des siècles prévaudra longtemps encore contre les faits les plus patents, contre l'observation plus rigoureuse, car nous sommes ainsi faits que nous conservons vo-

lontiers une erreur, et que nous résistons opiniâtrement à la vérité.

Je vais plus loin ; non-seulement le fer n'est pas un *emménagogue*, mais, tout au contraire, il est un *hémostatique*. Ainsi, et je le dis pour l'avoir expérimenté en grand dans mon hôpital : chez les femmes bien réglées d'ailleurs et non chlorotiques, l'administration du fer retarde le *plus souvent*, et diminue la fluxion menstruelle ; je dis le *plus souvent*, et non *toujours*.

Ceci posé, voyez à quel point se simplifient les indications thérapeutiques dans la chlorose ménorrhagique :

Indication principale, traiter la chlorose ;

Indication secondaire, traiter la ménorrhagie.

Et le traitement de la ménorrhagie est tellement ici l'indication secondaire, que presque jamais on n'a à s'en occuper.

En effet, en donnant à hautes doses, entre deux périodes menstruelles, des préparations ferrugineuses, on parvient aisément à rendre au sang la plasticité qu'il avait perdue, et vingt-cinq jours ne s'écoulent pas sans que le teint ait recouvré sa coloration presque normale, et que les veines sous-cutanées aient repris leur volume et leur couleur bleuâtre. Lors donc que les règles reviennent déjà, le sang est dans de telles conditions que l'hémorrhagie sera moins facile, et le plus souvent les règles sont beaucoup moins abondantes, bien que beaucoup plus colorées.

J'ai vu pourtant une fois la ménorrhagie augmenter deux fois de suite, malgré le traitement, et peut-être à cause du traitement; mais dans ce cas même la débilité et la décoloration qui suivaient l'époque menstruelle furent beaucoup moins prononcées que le mois précédent, et peu de jours suffirent pour réparer cette hémorrhagie. Mais remarquez que dans un cas pareil, lors même qu'une femme perd, absolument parlant, plus de sang qu'elle n'en perdait antérieurement, l'hémorrhagie *relative* est beaucoup moindre. Il en résulte que l'atteinte portée à la santé par l'hémorrhagie est nulle ou presque nulle, le traitement réparant presque immédiatement les dommages causés par la maladie.

Que si, malgré l'usage des préparations martiales, la menstruation est aussi abondante que par le passé, si même son abondance augmente, il est important d'avoir encore d'autres moyens, qui presque toujours suffisent pour tempérer le flux sanguin.

En première ligne je placerai la poudre d'ergot de seigle. L'ergot doit être de l'année, et surtout, c'est une condition *sine quâ non*, être récemment pulvérisé. Il se donne à la dose de un à quatre grammes (dix-huit grains, un gros) par jour, et de la manière suivante. Le soir, vers neuf ou dix heures, on donne un gramme (dix-huit grains) d'ergot en poudre, dans une cuillerée de sirop ou avec un peu de confiture; la même dose est répétée vers quatre heures du matin, quand bien même l'écoulement du sang aurait notablement diminué.

J'ai indiqué ces deux heures, et ce n'est pas sans motif. J'ai remarqué que, contre l'opinion généralement reçue, les hémorrhagies utérines sont, dans presque tous les cas, plus fortes dans les douze heures de nuit que dans les douze heures de jour, et que, de quatre à cinq heures du matin, le sang reprenait le plus violemment son cours. Je n'ai pu me rendre raison d'un si singulier phénomène; mais il m'a fallu accepter un fait et régler ma thérapeutique d'après cette observation. Dans les cas les plus rares, où l'hémorrhagie est au contraire plus forte pendant le jour que pendant la nuit, j'administre la poudre d'ergot de seigle de manière que la malade soit sous l'influence du médicament au moment où les accidents devraient avoir le plus de véhémence.

Si la dose d'un gramme (dix-huit grains) causait des vertiges, de la somnolence, des nausées, ce qui n'arrive que très-rarement, on la diminuerait; mais, soit même qu'elle occasionnât des légers accidents, on ne devrait pas hésiter à la doubler ou à la répéter à de plus courts intervalles si l'hémorrhagie n'était pas arrêtée.

On ne peut dire d'une manière générale combien de jours il faudra continuer le médicament : à cet égard il faudra se régler sur la marche ordinaire de la maladie. Il est des femmes qui perdent immodérément pendant trois jours; chez d'autres, l'hémorrhagie ne dure qu'une journée; chez celle-ci elle en dure deux, quelquefois enfin elle se prolonge pendant une semaine. Le médecin sait d'avance à quoi s'en tenir sur ce point, puisqu'il s'agit d'une ménorrhagie, c'est-à-dire d'une menstruation régulière, à l'abondance près; et non d'une hémorrhagie, sur laquelle il n'est possible de rien établir de fixe. Or, on doit donner la poudre d'ergot tout le temps que durerait la ménorrhagie si aucun remède n'était employé.

Il convient toutefois de ne pas attendre l'invasion des accidents pour administrer l'ergot. Le plus souvent les règles débutent doucement, et rien ne ferait présumer que bientôt le sang va couler avec une extrême abondance ; mais à la fin du deuxième, et ordinairement dans le cours du troisième jour, l'hémorrhagie se déclare. Il convient donc de donner l'ergot dix ou douze heures avant le début de l'hémorrhagie ; de cette manière on obtient à moins de frais le même résultat.

Avant de passer outre, je veux tranquilliser un peu les praticiens qui seraient effrayés des accidents que quelques auteurs attribuent à l'action du médicament que nous venons de conseiller. Le *seigle*

ergoté, c'est-à-dire le seigle mêlé d'ergot, que l'on emploie pour faire du pain, a pu, très-rarement il est vrai, produire à la longue, sur certaines populations, certains accidents qui ont été singulièrement exagérés ; mais je ne sache pas qu'il existe une seule observation bien authentique d'accidents produits par l'action toxique de *l'ergot*, administré accidentellement et à dose médicamenteuse. Quant à moi, qui l'ai souvent conseillé dans les hémorrhagies utérines, je n'ai jamais vu qu'il causât le moindre dommage, soit immédiatement, soit plus tard.

L'ergot de seigle est évidemment le moyen le plus actif en pareille conjoncture; mais ce n'est jamais par ce médicament que je commence l'attaque.

Si l'hémorrhagie est telle que la vie de la malade puisse être rapidement compromise, c'est au tamponnement que j'ai immédiatement recours ; et ce moyen, quand il est bien employé, ne manque presque jamais son effet. Mais quand l'écoulement de sang n'est pas excessif, le tamponnement doit, en général, n'être employé qu'à défaut des autres moyens : on comprend en effet que, chez les femmes mariées, ce remède cause toujours quelque répugnance, et qu'il est au moins de difficile exécution chez les jeunes filles, sans parler d'inconvénients beaucoup plus graves encore.

Les acides suffisent dans beaucoup de cas ; je préfère à tous le jus de limon. Je fais presser dans un verre le jus de quatre ou six limons ; je sucre beaucoup, et je fais prendre à la malade cette espèce de limonade pure dans le courant de la journée. L'acide sulfurique et l'eau de Rabel rendent les mêmes services ; mais on se les procure moins aisément et ils sont plus difficilement supportés. Le jus de limon et les acides en général peuvent être donnés, non-seulement pendant l'hémorrhagie, mais encore pendant la semaine qui précède les règles, à moins toutefois (ce qui arrive quelquefois) que ce moyen n'arrête complétement la menstruation.

Les médicaments qui contiennent du tannin viennent ensuite : la ratanhia et le cachou occupent le premier rang. L'extrait de ratanhia se donne en poudre, à la dose de quatre à cinq décigrammes (huit à neuf grains), répétée quatre ou cinq fois par jour; la décoction ou l'infusion de ratanhia sont loin d'avoir autant d'efficacité. Le cachou se donne également en poudre, à la dose de un à quatre grammes (dix-huit grains à un gros) dans le courant de la journée.

Je préfère, en général, le cachou à la ratanhia. Ces médicaments, beaucoup moins efficaces que l'ergot de seigle, du moins chez le plus grand nombre des femmes, suffisent souvent. Il convient de les administrer à dose modérée, un à deux grammes par jour (dix-huit à trente-six grains) pendant la semaine qui précède les règles, et alors il faut suspendre les préparations martiales.

Dès que les règles sont passées, il faut reprendre pendant huit ou dix jours les médicaments ferrugineux à une dose plus ou moins forte, suivant l'état de débilité de la malade. Que s'il reste encore un peu d'anémie ou de chlorose, il faut insister sur le fer pendant tout le mois, et même durant la menstruation, si les règles ne sont pas assez abondantes pour nécessiter l'emploi d'un autre moyen.

Telles sont les règles pratiques que j'ai dû tracer rapidement, laissant au médecin le soin de suppléer à des détails minutieux dont on apprend à connaître l'importance lors seulement que l'on se trouve aux prises avec une maladie rebelle.

Je vais maintenant, par de courtes observations, mettre le lecteur à même d'apprécier l'influence de la méthode que je propose.

Obs. I. — Mademoiselle R. est âgée de dix-huit ans; elle avait été réglée à treize ans. Dès l'abord elle avait éprouvé quelques névralgies, auxquelles on avait cru devoir opposer les émissions sanguines et le régime antiphlogistique; les règles se supprimèrent pendant près de deux ans, et les névralgies continuèrent avec une violence extrême ; la chlorose et tous les accidents qui l'accompagnent ordinairement étaient portés fort loin. A seize ans, les règles se rétablirent; mais alors elles se déclarèrent avec une abondance fort grande. La chlorose fit de nouveaux progrès, la ménorrhagie devint de plus en plus copieuse, et en 1832, lorsque la malade fut confiée à mes soins, elle était dans l'état le plus déplorable. La décoloration des tissus était à son comble, les névralgies diverses étaient en quelque sorte permanentes; le sang des règles était d'un rose vif, sans caillots ; il imbibait chaque fois de nombreuses serviettes.

Sans m'arrêter à la ménorrhagie, je mis immédiatement ma jeune malade à l'usage de la limaille de fer; elle en prit d'abord cinq décigrammes (neuf grains) par jour au moment des repas, puis elle alla graduellement jusqu'à quatre grammes (soixante-douze grains), et elle resta à cette dose pendant trois mois.

Dès la fin du premier mois, la coloration s'était rétablie; les palpitations de cœur, la mélancolie, la dispepsie avaient cessé; les règles furent plus colorées, moins abondantes, et la santé était entièrement revenue au bout de deux mois. Cette malade est mariée depuis quatre ans ; elle a eu une fille, et jamais, depuis le traitement dont je viens de parler, elle n'a éprouvé de ménorrhagie. Toutefois, de temps en temps, elle a vu ses règles devenir un peu plus abondantes ; il lui suffit de reprendre du fer, et tout rentre dans l'ordre.

Obs. II. — Mademoiselle St... a seize ans; elle a

été réglée à quinze ans. Avant l'apparition des règles, elle était chlorotique, et comme tous les signes de la puberté avaient apparu depuis longtemps, je veux parler du développement de la taille, des seins, etc., on attribuait, avec quelques apparences de raison, la chlorose à l'aménorrhée : à quinze ans donc les règles parurent, mais, dès l'abord, en une si effroyable abondance, que la jeune fille éprouva de fréquentes syncopes, et qu'il fallut avoir recours à l'application de la glace sur le ventre et sur les cuisses. Le sang s'arrêta, mais la chlorose fut encore plus prononcée. Trois mois après, mêmes accidents, avec une intensité semblable; enfin les époques se rapprochèrent, et l'abondance du flux ne se modérant pas, la malade fut obligée de garder constamment le lit, dans un état qui donnait à sa famille les plus sérieuses inquiétudes.

Parmi les pertes que notre jeune malade avait éprouvées, il y en a eu deux, la première et la dernière, dont l'abondance passe toute idée. Dans le courant de la nuit, deux matelas de laine, un sommier de crin, et une paillasse étaient traversés, et au-dessous du lit on pouvait voir une petite mare, non pas de sang, mais d'un liquide exactement semblable à de la lavure de chairs.

Le médecin qui avait jusqu'ici donné des soins à mademoiselle St... avait compris la nécessité de donner des préparations martiales pour combattre la chlorose, mais il avait été arrêté par la crainte d'augmenter la ménorrhagie, convaincu des propriétés emménagogues du fer.

Lorsque je fus appelé, il me parut surtout urgent de reconstituer le sang, et je mis immédiatement la malade à l'usage de la limaille d'acier et du chocolat martial (1). Elle prit d'abord trois décigrammes (six grains) de limaille d'acier dans la journée, et quatre pastilles de chocolat; la dose fut rapidement augmentée, et, au bout de quinze jours, elle s'élevait à deux grammes (un demi-gros) de limaille, et à vingt pastilles; elle prenait en outre une demi bouteille d'eau martiale gazeuse par jour.

Huit jours s'étaient à peine écoulés que la malade put se lever sans éprouver de syncopes. Une semaine plus tard, elle put sortir à pied et aller de la rue Bellechasse aux Tuileries; au bout d'un mois, elle avait les apparences de la santé. Les règles furent retardées de plus de huit jours, elles furent peu abondantes et très-colorées; le traitement fut continué pendant trois mois, et durant une année aucun accident ne vint traverser cette heureuse cure.

Cependant la famille était revenue en Lorraine; la chlorose, qui avait tout à fait disparu, revint peu à peu, et, malgré mes injonctions formelles, on ne prit pas de limaille de fer, lorsque tout à coup une ménorrhagie très-forte se manifesta. Comme en même temps il y eut des douleurs de reins et des symptômes qui pouvaient simuler une légère métrite, le médecin ne jugea pas à propos de donner le fer. Pendant le mois la santé devint de plus en plus chancelante; la pâleur augmentait chaque jour, lorsque l'époque suivante fut signalée par une hémorrhagie aussi abondante que celles que la jeune personne avait éprouvées naguère. On m'écrivit à Paris, et je conseillai de nouveau les préparations ferrugineuses, nonobstant les douleurs de reins et de bas-ventre. La guérison fut plus prompte encore que la première fois. Depuis cette époque, mademoiselle St... a éprouvé chaque année des accidents de même nature, dont elle est toujours guérie par l'emploi de l'ergot de seigle au moment de l'hémorrhagie, et par le fer donné immédiatement après.

Obs. III.—Madame de la F..., âgée de vingt-huit ans, accoucha heureusement deux fois. Deux ans après sa dernière couche, elle éprouva de temps en temps des pesanteurs dans la région hypogastrique, et en même temps, les règles prirent un peu plus d'abondance; cependant les douleurs devinrent plus vives, il survint une leucorrhée habituelle, et l'hémorrhagie mensuelle était tellement abondante que la malade s'affaiblissait de plus en plus et prenait la teinte d'une chlorotique. Depuis six mois, elle était forcée de rester sur une chaise longue, et malgré ce repos les règles devenaient chaque mois plus copieuses. Elle habitait à vingt lieues de Paris, elle se décida à s'y faire transporter.

Elle était pâle, et dans un état de faiblesse fort grand; les douleurs de reins étaient continuelles, la leucorrhée était fort abondante; le toucher me permit de constater une antéversion, avec hypertrophie de la matrice, et gonflement avec écartement des lèvres du museau de tanche. En introduisant le spéculum, je reconnus une excoriation légère de la membrane muqueuse du col utérin; avec granulations rosées assez nombreuses.

Sans avoir égard à l'état de l'utérus, qui me paraissait peu alarmant, je mis immédiatement la malade à l'usage des préparations martiales à doses successivement croissantes, en même temps je pratiquais deux fois par semaine des insufflations sur le col utérin avec une poudre composée de : calomel, un gramme (dix-huit grains); précipité rouge, cinq décigrammes (neuf grains) et sucre en poudre, dix grammes (deux gros et demi) pour chaque insufflation; j'employais à peu près cinq décigrammes (neuf grains) de ce mélange.

Sous l'influence de cette médication tonique et de

(1) Le chocolat que j'ai fait préparer, chez M. Johnson, pharmacien à Paris, rue Caumartin, n° 1, contient une once de sous-carbonate de fer par livre. Les pastilles contiennent trois grains de ce sel.

trois cautérisations avec le nitrate acide de mercure, les ulcérations et les granulations disparurent au bout de deux mois, mais en même temps, la ménorrhagie diminua, bien que les règles restassent encore fort abondantes. J'insistai pendant plusieurs mois sur les préparations ferrugineuses; la santé et les forces se rétablirent complétement. Toutefois, comme chez cette dame les pertes menstruelles étaient plus copieuses que par le passé, je l'engageai à recourir de temps en temps aux martiaux, lorsqu'elle verrait l'hémorrhagie devenir plus forte et son teint se décolorer un peu, etc. A l'aide de cette précaution si simple, elle a évité jusqu'ici les accidents que nous avions eu à combattre.

Obs. IV.—Madame de P..., âgée de quarante-huit ans, avait toujours joui de la plus florissante santé. Restée veuve de bonne heure, elle se remaria à quarante-quatre ans, et eut deux fausses couches dans l'espace de dix-huit mois; ces deux fausses couches, notamment la dernière, s'accompagnèrent de métrorrhagie, et depuis cette époque la santé resta chancelante; il survint de la pâleur, des palpitations de cœur, des spasmes nerveux; les digestions se dérangèrent, et les symptômes généraux, furent exactement ceux de la chlorose, telle qu'une jeune fille pourrait l'éprouver. Les règles revenaient chaque mois à époque fixe; mais elles duraient huit, dix, et jusqu'à quinze jours; on avait employé les saignées, le régime froid, la diète, les astringents; les accidents généraux et locaux restaient les mêmes. Cet état fâcheux durait depuis plus de deux ans, et allait en s'aggravant chaque jour, lorsque la malade se confia à mes soins. Je la mis aussitôt à l'usage des pilules ferrugineuses, du chocolat martial et des eaux gazeuses martiales, de telle sorte qu'au bout de huit jours elle prenait déjà à peu près quatre grammes (un gros) par jour de sel de fer. La santé générale était rétablie après trois mois de traitement, et les règles perdirent de leur abondance, sans cesser pourtant d'être plus copieuses qu'elles n'auraient dû l'être. Six mois plus tard elles revinrent au point où elles en étaient avant la maladie, et restèrent ainsi, jusqu'au milieu de cette année qu'elles cessèrent entièrement.

Toutefois, de temps en temps, quand la menstruation venait avec un peu trop d'abondance, et que je voyais reparaître les accidents de la chlorose, j'administrais de nouveau des préparations ferrugineuses, et bientôt tout rentrait dans l'ordre.

Obs. V.—Madame P..., âgée de vingt-huit ans, a toujours joui d'une très-bonne santé, à cela près d'une leucorrhée habituelle. En 1828, elle accoucha d'une fille, d'une seconde en 1829, sans aucun accident. En 1837 elle eut un troisième enfant, et la couche ne présenta rien d'insolite; elle se rétablit parfaitement; mais deux mois et demi après la naissance de l'enfant, elle fut prise d'une métrorrhagie excessivement abondante qui pendant dix-sept jours la mit aux portes du tombeau. Il y avait en même temps de la fièvre et des douleurs de bas-ventre assez vives. La saignée du bras, les acides, les astringents, les réfrigérants, n'apportèrent que peu de soulagement; il fallut recourir au tamponnement. Enfin le sang s'arrêta, mais la malade resta dans un état de profonde anémie. Douze jours après, à l'époque qui correspondait à celle où la précédente métrorrhagie avait eu lieu, les règles reparurent avec une abondance presque aussi grande; les mêmes moyens furent employés, et la ménorrhagie dura treize jours. Cinq périodes menstruelles s'accomplirent encore avec des accidents de même nature.

En explorant la malade, on constatait : 1° une excoriation légère du col utérin; 2° un notable gonflement du corps de la matrice; 3° de la rénitence et de la douleur dans la région occupée par l'ovaire droit. Cette dame était constamment couchée et elle ne pouvait faire un pas dans sa chambre; il fallait qu'on la portât de sa chaise sur son lit, et réciproquement.

La ratanhia, l'alun, l'eau de Rabel, le citron, les injections astringentes, avaient été mis en usage, sans amener d'autre résultat qu'une légère diminution dans l'écoulement. A vrai dire le sang, au lieu d'être rutilant comme au début de la maladie, n'était plus qu'un liquide décoloré, qui tachait en rose de nombreuses serviettes. Quant à l'état général, il était déplorable; la peau et les membranes muqueuses étaient décolorées, le moindre mouvement déterminait un grand essoufflement, des tintouins et des éblouissements : en un mot, il y avait tous les signes de l'anémie, mais, chose singulière, aucun de ces accidents nerveux et spasmodiques qui accompagnent la chlorose.

Je commençai le traitement immédiatement après la cessation des règles. La malade prit chaque jour d'abord un demi-gramme (neuf grains), puis graduellement jusqu'à quatre grammes (un gros), de limaille de fer mêlé en faible proportion au cachou.

Au bout de huit jours, le teint était meilleur et l'appétit plus prononcé; la malade put faire quelques pas dans ses appartements sans vertiges; une semaine plus tard, elle pouvait faire dans le jardin une promenade de quelques minutes. Sur ces entrefaites, les règles reparurent, très-colorées, peu abondantes; mais le troisième jour, pendant la nuit, elles coulèrent avec une abondance extrême, et cette abondance persista pendant trois nuits. L'emploi de la poudre d'ergot de seigle, à la dose de deux grammes (un demi-gros) arrêta net l'hémorrhagie, et les règles durèrent néanmoins en tout pendant douze jours. L'usage des martiaux n'avait pas été suspendu.

Après cette perte de sang, la malade avait pâli et s'était affaiblie, mais la pâleur et la faiblesse étaient tout au plus ce qu'elles avaient été quatre à cinq jours avant l'apparition des règles; aussi peu de jours s'écoulèrent avant que les forces ne fussent entièrement rétablies. Pendant l'intervalle qui sépara les deux éruptions menstruelles, la malade put chaque jour se promener plus d'une heure; enfin, elle recouvra la plus belle santé. On continuait le fer.

Ce nonobstant, les règles qui parurent de nouveau s'annoncèrent avec une grande vivacité. Dès la troisième nuit j'administrai deux grammes, et les deux nuits suivantes trois grammes (cinquante-quatre grains) d'ergot de seigle pulvérisé; puis, les jours suivants, la malade prit dans le courant de la journée quatre grammes (un gros) de cachou en poudre.

En définitive, chez cette dame, les préparations ferrugineuses ne modérèrent pas la ménorrhagie les deux premiers mois, et il fallut y joindre les astringents; mais ils rétablirent la santé générale, et mirent la malade en position de supporter sans dommage des pertes de sang réitérées; et tandis que les autres traitements, uniquement dirigés contre la ménorrhagie, ne remédiaient, en définitive, qu'à cet accident local, le traitement que je faisais suivre satisfaisait à toutes les indications; combattre l'hémorrhagie par les moyens déjà employés, et neutraliser par les martiaux les funestes effets de l'anémie.

Réflexions. — Si maintenant mes confrères veulent jeter un coup d'œil rapide sur ces cinq observations, que j'ai extraites de mes cahiers, ils verront que chez toutes mes malades, à l'exception de la dernière, il y avait en même temps chlorose et hémorrhagie; que les préparations martiales ont guéri la ménorrhagie chez trois malades; l'ont modérée chez la quatrième, et ne l'ont pas modifiée, les deux premiers mois seulement, chez la cinquième; mais chez toutes elles ont rétabli promptement la santé, d'une manière complète chez celles qui cessaient d'avoir des hémorrhagies, et presque entièrement chez celles qui continuaient à perdre beaucoup de sang. D'où il suit, comme conclusion thérapeutique, que *dans la chlorose ménorrhagique, ou dans les hémorrhagies utérines simples suivies d'anémie, les préparations martiales à hautes doses sont toujours indiquées*, sans préjudice des autres moyens que l'art met à notre disposition. A. TROUSSEAU.

J. DES CONNAISS. MÉD.-CHIR. — Déc. 1838.

—

DÉVIATION

Pelvienne droite, en haut et en arrière, déterminée par une contusion de la hanche, et prise pour une luxation coxo-fémorale et pour une fracture du col du fémur, etc. — Des signes différentiels de ces affections;

Par M. SEDILLOT, chirurgien au Val-de-Grâce.

Les déviations du bassin, observées d'une manière presque constante dans les maladies de l'articulation coxo-fémorale désignées sous le nom de coxalgies, ont été particulièrement étudiées pendant ces dernières années, et l'on a reconnu qu'elles étaient en général la cause la plus fréquente de l'élongation apparente du membre inférieur correspondant, et que c'était souvent à tort que ce symptôme indiquant habituellement la première période de la maladie, était attribué au déplacement partiel de la tête du fémur, hors de la cavité cotyloïde. On a également constaté que la déviation n'avait pas toujours lieu de haut en bas, et qu'elle pouvait aussi se produire de bas en haut, ce qui faisait alors paraître le membre raccourci, bien qu'il n'eût éprouvé réellement aucune modification de longueur.

L'attention des chirurgiens éveillée sur ce point, a déjà conduit à d'importants résultats pour l'histoire des coxalgies, mais les déviations pelviennes déterminées par une violence subite exercée sur la hanche, méritent surtout la plus grande attention, parce qu'elles peuvent simuler soit une fracture du col du fémur ou du bassin, soit une luxation coxo-fémorale, et qu'une méprise à cet égard entraînerait nécessairement de fâcheuses conséquences, pour le malade et pour l'homme de l'art. Ces déviations ne sont pas cependant fort rares, j'en ai déjà rencontré deux cas; et la plupart des habiles chirurgiens de nos hôpitaux que j'ai consultés, m'ont dit en avoir observé plusieurs exemples; toutefois elles n'ont pas été complétement décrites, et je n'ai pas cru sans intérêt, de rapporter avec quelques détails, l'histoire d'une pareille déviation, qui fut prise pour une luxation de la cuisse et avait fait présumer une fracture du col du fémur ou du bassin. Il y avait à discuter les symptômes différentiels de ces affections, et à montrer qu'en comparant successivement leurs signes positifs et négatifs, on devait nécessairement arriver aux véritables caractères de la maladie.

Nous eussions pu sans doute ne parler que des traits pathognomoniques, qui décidaient immédiatement la question, mais comme ils pouvaient, comme j'en ai eu la preuve, ne pas être bien compris, et permettre aux objections de s'appuyer sur des symptômes moins tranchés, nous avons préféré passer en revue et discuter tous les signes de la ma-

ladie, parce que tous pris isolément, et appréciés à leur valeur relative et absolue, sont de la plus haute importance pour le diagnostic. Nous exposerons d'abord sans aucune réflexion, l'histoire étiologique et symptomatologique du blessé qui fait le sujet de ce travail, en nous réservant de montrer ensuite toute la lumière que l'on peut tirer de chacune des circonstances d'une lésion, lorsque l'on se donne la peine de les étudier, et de s'en rendre exactement compte. Ce sera pour nous une occasion d'aborder quelques questions peu connues concernant les luxations, et de prouver toute la confiance que mérite la mensuration, comme moyen de diagnostic des affections qui vont nous occuper.

Pajeot (Jacques), âgé de 28 ans, d'une constitution vigoureuse, tomba à la renverse sur la hanche droite et le grand trochanter en descendant un escalier le 22 novembre 1838. Le pied droit engagé sous la rampe empêcha le corps de glisser sur les marches, et les mains dirigées en arrière soutinrent la tête et la partie supérieure du tronc.

Dans ce moment P. entendit s'opérer dans sa hanche un craquement semblable, comme il le dit, à celui d'un os que l'on broyerait, et il crut avoir la cuisse cassée; il se releva cependant sans pouvoir poser le pied droit en terre, et gagna son lit avec l'aide d'un camarade.

Un chirurgien, appelé sur le champ, constata un raccourcissement considérable du membre inférieur droit, joint à une grande difficulté dans les mouvements, etc., et pensant avoir affaire à une luxation iliaque (en haut et en dehors), il essaya inutilement la réduction, en chargeant deux personnes de pratiquer l'extension. Cette tentative ne fut pas renouvelée, et une consultation eut lieu le lendemain.

Ce fut alors que nous trouvâmes le malade couché sur le dos, les épaules et la tête soulevées par un oreiller, la cuisse droite, légèrement fléchie sur le bassin, et portée dans l'abduction, le genou éloigné d'environ un pied de celui du côté opposé, en prenant la mensuration du milieu de la rotule, le membre sain étendu horizontalement; la jambe droite était fléchie sur la cuisse et portée en dedans, de manière à ce que le talon répondît au milieu de la jambe gauche, le pied légèrement étendu et reposant sur le lit par son bord externe.

Le blessé n'accusait aucune douleur, dans cette situation, qu'il ne pouvait abandonner sans souffrir.

Après un examen assez superficiel, plusieurs opinions furent émises sur la nature de l'accident, qui faisait soupçonner, selon les uns, une luxation iliaque (en haut et en dehors) sus-pubienne (en haut et en avant) selon les autres, et aussi une fracture de col du fémur selon les derniers.

Il fallait nécessairement, dans cette incertitude, discuter chacun des signes fournis par le malade après les avoir exactement observés, et je les rappellerai, en les rattachant pour plus d'ordre à des divisions d'ensemble.

Changements survenus dans la longueur du membre blessé. Les deux membres inférieurs étant rapprochés et étendus horizontalement, le droit présente un raccourcissement de dix-huit lignes; le talon de ce côté répond à l'intervalle compris entre la malléole et le talon gauche. C'est en vain que l'on essaie par quelques tractions modérées de faire disparaître le raccourcissement, il persiste et ne semble pas varier. Les genoux fléchis sur la cuisse, et mis en contact, représentent le même raccourcissement de 18 lignes, quelle que soit la position que l'on ait tentée de donner au bassin. Le grand trochanter droit est plus élevé que le gauche; l'épine iliaque antéro supérieure est également de 18 lignes plus haute que celle du côté opposé; une ligne tirée d'un de ces points à l'autre, au lieu d'être transversale est oblique; et pour remédier à cette obliquité, il faut que l'épine iliaque soit élevée ou abaissée de 18 lignes, selon qu'on fait partir la mensuration de celle de droite ou de celle de gauche. La mensuration pratiquée avec le plus grand soin, entre la malléole, le condyle fémoral externe, le bord supérieur de la rotule, et l'épine iliaque et l'épine du pubis, donne toujours les mêmes dimensions de longueur entre les deux membres comparés dans l'extension, dans l'adduction et dans l'abduction. On obtient le même résultat lorsque l'on fléchit les cuisses sous un angle égal, et qu'on les mesure, de la saillie antérieure du condyle fémoral interne, du bord supérieur de la rotule, du condyle fémoral externe, à l'épine iliaque antéro-supérieure et au pubis.

L'intervalle du grand trochanter à l'épine iliaque ne paraît aucunement changé dans quelque position du membre qu'on le mesure.

Volume du membre. La cuisse droite immédiatement au-dessous de l'aine, offre deux pouces de plus en circonférence que la cuisse gauche; cet excès de volume va ensuite en diminuant, jusque vers le milieu du membre.

Modification dans la mobilité du membre blessé. Le pied droit reste, comme nous l'avons vu, dans la rotation en dehors, mais le malade peut le diriger en avant et même le porter dans la rotation en dedans. Il peut aussi, étant couché horizontalement élever le membre dans sa totalité et le laisser étendu. La flexion de la cuisse sur le bassin, ne va guère au delà de l'angle droit; l'adduction est gênée, l'abduction libre et entière, la circumduction assez facile. Dans la station verticale Pajeot ne pose qu'en hésitant le pied droit sur le sol, et c'est alors le talon qu'il appuie de préférence au pied; l'épaule droite est alors fortement abaissée; le côté gauche

du corps légèrement arqué, et le membre inférieur correspondant un peu fléchi pour s'accommoder au raccourcissement du membre opposé. En remontant sur son lit Pajeot s'appuie assez bien sur le genou droit.

Douleur; conditions qui l'exagèrent. Toute pression sur l'aine, le grand trochanter, et l'articulation sacro-iliaque, développe une douleur assez vive, mais qui cesse promptement. Elle est nulle dans les mouvements d'abduction et de rotation en dehors du membre, mais s'exagère lorsque le membre est porté dans la rotation en dedans l'adduction et la flexion forcée; pendant ces mouvements elle retentit dans le jarret, et particulièrement au côté interne de cette région.

Crépitation. Pendant les mouvements de la cuisse et surtout dans ceux de circumduction, on entendit dans l'aine un bruit de frottement, qui fut considéré par quelques assistants comme de la crépitation; mais qui me sembla dû seulement à un frôlement de surfaces fibreuses, ou à quelques légers chocs articulaires.

État du bassin. La hanche droite mesurée transversalement en avant au niveau de l'ombilic est plus étroite que la gauche de six lignes.

L'épine iliaque droite est portée en dedans et en arrière, et ne fait plus saillie sous les téguments comme celle du côté opposé. Cependant l'intervalle qui la sépare du pubis et de l'ischion, est le même à droite et à gauche.

Le pli de l'aine droite se forme beaucoup plus tôt et est beaucoup plus profond et plus oblique que du côté opposé. Il commence à six lignes seulement au-dessous de l'épine iliaque, tandis qu'à gauche il se trouve à treize lignes de distance de l'épine correspondante. Outre ce pli, il en existe un second qui part directement de l'épine pour se porter au dessus du pubis, et n'est séparé du précédent vers son milieu que par deux lignes d'intervalle.

Une saillie avait été trouvée au tiers interne de l'aine; mais on a reconnu qu'elle était due à la contraction des muscles adducteurs.

Lorsque le malade est étendu sur le ventre le pli de la fesse droite est plus élevé que l'autre en dehors de trois lignes environ, mais part de la ligne médiane, sur le même niveau; dans la station verticale, il devient plus oblique en haut et en dehors, et la cloison des fesses au lieu de former une ligne verticale est fortement inclinée de bas en haut et de droite à gauche.

Rachis. Le rachis examiné pendant la station verticale offre une déviation latérale extrêmement marquée, dont la convexité regarde à droite et qui, commençant au-dessus du sacrum, offre son plus haut degré d'incurvation vers la réunion des régions lombaire et dorsale. Lorsque le malade est appuyé sur ses genoux, et qu'on lui fait incliner le tronc et la tête vers le sol, la déviation rachidienne disparaît et le bassin reprend de chaque côté son niveau normal.

Séméiologie. Il nous reste maintenant à examiner d'une manière absolue et relative, les signes que nous venons d'exposer, pour arriver au diagnostic spécial et différentiel de la maladie. Nous insisterons particulièrement sur le degré de confiance et de certitude que l'on peut accorder à quelques-uns de ces signes, parce que dans les discussions auxquelles ils ont donné lieu, il m'a semblé qu'on avait de la peine à bien comprendre leur signification, et que du doute est resté dans l'esprit de plusieurs des assistants sur leur véritable valeur. Ici on ne supposait possibles qu'une fracture du col du fémur, et une luxation coxo-fémorale, j'ajouterai encore une fracture du bassin. Voyons quels étaient les symptômes propres à chacune de ces lésions, et comment ceux que nous avons rapportés pouvaient s'expliquer par elles.

Fractures du col du fémur. — Le raccourcissement du membre, sa rotation en dehors, la crépitation entendue et sentie dans le pli de l'aine, la douleur accusée dans cette région, les circonstances de la chute dans laquelle le corps avait porté sur le grand trochanter, étaient les conditions sur lesquelles insistaient ceux qui croyaient à l'existence d'une fracture du col du fémur.

Raccourcissement. — Le raccourcissement était de dix-huit lignes, ce qui se rapportait assez bien à une fracture du col fémoral, puisque l'intégrité de l'os était évidente au-dessous du grand trochanter. Mais il est indubitable que toutes les fois qu'un raccourcissement du membre inférieur se produit à la suite d'une fracture du fémur, il dépend de ce que les fragments se sont déplacés selon leur longueur, et que l'inférieur est remonté vers le bassin, de toute l'étendue du raccourcissement; il résulte infailliblement de cet état, que dans le cas où les fragments d'une fracture du col du fémur, ont glissé l'un sur l'autre et ont ainsi déterminé le raccourcissement du membre inférieur, l'extrémité inférieure de ce dernier sera entraînée en haut, et que le genou et le pied se trouveront d'autant rapprochés du bassin. Ce sont là des faits mécaniques patents et irrécusables et qui ne sauraient être niés ni mis en doute. Nous devions donc constater chez notre malade un raccourcissement de la cuisse, si ce raccourcissement était dû à une fracture du col, et de même qu'une jambe brisée ne peut être diminuée de longueur qu'autant que le pied s'est rapproché du genou, de même dans le cas qui nous occupe, le genou devait être rapproché du bassin, puisque ces deux parties s'articulant fixement au fémur, se rapprochent nécessairement l'une de l'autre, lorsque l'os intermédiaire qui les sépare est rompu et rac-

courci. Or, en mesurant l'intervalle compris entre les saillies des condyles du tibia, du fémur, et du bord supérieur de la rotule (points de repères du genou), et celles de l'épine iliaque antéro-supérieure et de l'épine du pubis (points de repères du bassin), je le trouvai constamment le même à droite et à gauche, les membres placés dans des situations variées quoique parfaitement semblables. Il en était encore de même, en pratiquant la mensuration depuis le grand trochanter jusqu'à l'épine iliaque; dès lors, il était certain que le raccourcissement du membre inférieur droit n'était pas la conséquence d'une fracture du fémur, puisque cet os présentait exactement la même longueur que celui du côté opposé; le seul moyen de combattre cette conclusion eût été d'attaquer l'exactitude de la mensuration, mais celle-ci avait été répétée plusieurs fois, et par plusieurs personnes, avec des résultats identiques et constants. C'était donc une question jugée et à laquelle on ne pouvait adresser d'objections sérieuses.

Dès l'instant que le raccourcissement du membre ne pouvait être attribué à une fracture du col du fémur, cette lésion se trouvait hors de cause; toutefois, nous continuerons à en discuter les autres signes, pour montrer qu'ils n'avaient pas plus de valeur.

Rotation du membre en dehors. Plusieurs causes expliquent la rotation en général constante du membre en dehors dans les fractures du col fémoral : la direction du membre, qui est complétement rejeté en dehors de l'axe cotyloïdien, par l'obliquité, et la longueur du col du fémur; la prédominance des muscles rotateurs externes et le poids du pied. On peut, il est vrai, porter passivement le membre dans différents sens, mais le malade est dans l'impossibilité de faire spontanément ces mouvements, et surtout celui d'élévation; attendu que pour l'exécuter il faut que le fémur prenne un point d'appui sur le bassin, ce que ne saurait faire habituellement l'extrémité du fragment inférieur. Si M. P. portait, comme nous l'avons vu, son membre dans tous les sens, les mouvements complets dans quelques directions, n'étaient qu'imparfaitement bornés dans les autres, par la douleur. Comment donc croire que le fémur eût été fracturé.

On connaît, il est vrai, des cas où malgré cet accident le membre avait conservé sa mobilité, et où l'on n'observait d'autres signes que la douleur; mais alors il n'y avait pas dix-huit lignes de raccourcissement, et lorsqu'un raccourcissement quelconque existait, il appartenait à la cuisse, et nous avons déjà constaté que chez P. le membre n'avait rien perdu de sa longueur. Admettons, pour pousser les concessions jusqu'au bout, qu'il y ait eu chez notre malade une fracture du col fémoral, indépendante du raccourcissement; nous consulterons de nouveau les faits, et nous trouverons que si l'on a vu la mobilité se conserver à la suite d'une pareille fracture, ce n'était en général que pour des mouvements partiels, et que lors même qu'ils étaient restés complets, ce n'était que pendant un intervalle de temps assez court, et que bientôt les fragments s'abandonnaient réciproquement et que les signes de la fracture apparaissaient; or, il y a aujourd'hui huit jours que l'accident est arrivé; M. P. s'est levé, a essayé plusieurs fois de marcher, est descendu tous les jours un escalier d'une vingtaine de marches pour aller aux bains, a été examiné fréquemment, a répété un grand nombre de fois tous les mouvements de la cuisse, et on prétendrait que les fragments sont restés invinciblement en rapport. Cela n'est pas soutenable, et comment alors se rendre compte des autres symptômes, et qu'est-ce que serait une fracture qui ne se manifesterait par aucun changement caractéristique dans la longueur, la force et la mobilité d'un membre, et surtout du membre inférieur?

Crépitation. La crépitation suppose la mobilité des fragments d'un os fracturé, puisqu'elle n'est due qu'à la rencontre et au frottement de leurs surfaces : cependant nous avons vu que nous ne pouvions avoir affaire qu'à une fracture sans déplacement; comment alors admettre la crépitation? C'est là une contradiction insurmontable; ou bien il aurait fallu supposer que la crépitation n'était pas le résultat de la fracture, et alors elle ne la prouvait pas.

Douleur. La douleur ne saurait être qu'une circonstance fort accessoire, comme signe de fracture, et ne mérite pas de nous arrêter.

Chute sur le grand trochanter. Il est vrai que les chutes sur le grand trochanter sont une cause fréquente de fractures du col du fémur, mais de quelle valeur est ce symptôme commémoratif, lorsque l'on se rappelle que A. Cooper n'a vu que deux fois, sur 225 cas, cet accident survenir sur des sujets âgés de moins de cinquante ans, et encore avaient-ils une constitution altérée, tandis que P. n'a que 28 ans et est très-robuste. Qu'est-ce d'ailleurs que les circonstances d'une chute, lorsqu'aucun autre signe n'indique une fracture. Voilà je crois des preuves suffisantes de la non existence de la fracture du col fémoral, et toutes se corroborent tellement, et la plupart sont tellement décisives, que nous n'eussions pas autant insisté, si ce n'eût été comme étude de diagnostic.

Luxation coxo-fémorale. Passons maintenant à l'opinion de ceux qui crurent avoir reconnu une luxation.

L'examen que nous avons fait des principaux signes de l'accident de M. P. va singulièrement simplifier notre tâche. Quelle pouvait être l'espèce de la luxation? évidemment, une luxation en haut iliaque

ou sus-pubienne, puisque le membre était raccourci.

Luxation iliaque (en haut et en dehors). Les seuls signes en faveur de la luxation iliaque étaient la moindre longueur du membre, la saillie du grand trochanter, la diminution de diamètre transversal de l'aine, et la légère différence qui s'observait entre la hauteur du pli des fesses.

Raccourcissement. Je pourrais négliger de revenir sur la cause du raccourcissement, puisque j'ai démontré qu'il n'appartenait pas au fémur, et que par conséquent il n'était pas plus le résultat d'une luxation que celui d'une fracture; mais je veux noter ici que la mensuration avait été faite dans divers sens, et que c'est là un des meilleurs moyens de constater l'existence d'une luxation. On peut en effet dans ce cas, trouver les deux membres de longueur égale dans une même position, mais si on les compare alternativement dans plusieurs directions, l'effet est tout différent, et l'on observe que le membre est raccourci ou allongé selon la situation dans laquelle on le mesure. Cela tient à ce que la cavité articulaire est ou non comprise dans l'intervalle, sur lequel porte la mensuration. Supposons en effet la tête du fémur luxée sur l'os iliaque : si on mesure le membre dans la flexion et l'adduction, on le trouve raccourci (comparativement à l'autre mesuré dans la même situation) de toute la longueur de la portion du fémur, qui est en dehors de la cavité cotyloïde, parce que cette partie de l'os qui s'étend au delà de sa cavité qu'elle croise, n'est pas comprise dans la mensuration; si on porte au contraire le membre dans l'abduction et la flexion, on le trouve allongé de toute la distance qui sépare le sommet de la tête du fémur de l'axe de la cavité cotyloïdienne. Les mouvements, il est vrai, sont ordinairement très-bornés dans le sens de la luxation; et il est difficile de rendre les différences que nous signalons aussi apparentes que la théorie les indique, mais on parvient toujours à les rendre sensibles dès qu'on en comprend bien le principe, et elles jettent souvent un grand jour sur la nature d'une lésion qu'on hésitait auparavant à reconnaître et à caractériser.

Chez notre malade les membres étaient, comme nous l'avons dit, parfaitement égaux; nous n'avons donc pas à y revenir.

Saillie du grand trochanter. Le grand trochanter est rapproché de l'épine iliaque et fait une saillie plus ou moins apparente dans la plupart des cas de luxation iliaque; or chez M. P. il était à la même distance de l'épine iliaque que celui du côté opposé, et ne décrivait pas un arc de cercle plus étendu qu'à l'ordinaire dans le mouvement de rotation du pied.

Diminution du diamètre transversal de l'aine. Ce signe indiquant seulement que le bassin, était incliné en dedans et en arrière, ne démontrait nullement la luxation à laquelle il ne se lie que d'une manière accessoire, et il en était de même de l'élévation et de l'obliquité du pli de l'aine, qui ne pouvaient s'expliquer par cet accident, dès qu'il restait prouvé que le fémur n'avait pas changé de rapports de hauteur ni de position avec le bassin.

Pli des fesses. La légère différence observée entre la hauteur du pli des fesses était trop légère pour indiquer un déplacement, et nous remarquerons de plus que la fesse elle-même n'était ni aplatie ni tendue en bas, ni saillante vers la fosse iliaque.

Signes négatifs, rotation du pied en dehors. Un signe négatif, qui eût pu seul faire repousser toute idée de luxation iliaque, était la rotation du pied en dehors; dans tous les cas de l'espèce de luxation qui nous occupe, le pied est tourné en dedans, et reste fixé dans ce sens sans pouvoir être porté en dehors; cela tient à ce que la luxation ne peut se faire que dans cette position, attendu qu'il faut que la tête du fémur presse sur le point de la capsule qu'elle doit rompre pour en surmonter la résistance, et qu'il n'y a que dans une forte rotation du pied en dedans, qu'elle appuie contre le bord externe et postérieur de la cavité cotyloïde, et qu'une fois sortie de sa cavité elle est assujettie dans le lieu qu'elle occupe par les portions restées intactes du ligament capsulaire, et les muscles voisins.

Pour que la tête du fémur se portât dans la rotation en dehors, il faudrait que le grand trochanter décrivît autour du point où elle repose un arc de cercle tellement étendu en dehors et en arrière que les portions intactes de la capsule et les fibres musculaires en contact seraient déchirées, et ces parties offrent trop de résistance pour permettre un pareil résultat.

Ce que nous venons de dire de la rotation du membre s'applique également aux mouvements d'abduction qui étaient faciles chez M. P. et qui ne sauraient avoir lieu à la suite d'une luxation iliaque; tous les autres signes négatifs de cette luxation sont d'ailleurs devenus inutiles, puisqu'il n'existait pas un seul symptôme positif en faveur de l'existence de cette espèce de luxation, et que nous avons vu que son principal symptôme, le raccourcissement, manquait.

Luxation sus-pubienne (en haut et en avant). Les circonstances de la chute, la position du membre après l'accident, la tumeur de l'aine, avaient pu faire supposer une luxation sus-pubienne.

Chute. L'observation démontre en effet que ce genre de déplacement arrive assez ordinairement lorsque le pied se trouvant fixé, soit dans un trou, soit de toute autre manière, le corps est renversé en arrière; dans ce mouvement le fémur appuie contre le bord inférieur de la cavité cotyloïde, rompt

la capsule articulaire à sa face antérieure, la seule qui soit distendue, et se luxe en haut s'il y a en même temps un effort qui pousse le tronc et le membre en sens inverse et tende à produire un chevauchement de la cuisse sur le bassin. Mais en interrogeant le malade on s'assurait que le pied n'avait pas été sous la rampe au moment de la chute, mais seulement à la suite de la chute, et dès lors cette circonstance n'avait plus la même valeur, puisque la cuisse ne s'était pas trouvée soutenue et immobile au moment où P. était tombé à la renverse.

Position. La position du malade était assez semblable à celle qui eût existé à la suite de la luxation sus-pubienne; cuisse légèrement fléchie ainsi que le genou, et pied tourné un peu en dehors; mais nous avons vu que cette situation n'était pas fixe et que tous les autres mouvements du membre étaient possibles. Or dans une luxation de cette espèce, la flexion portée aussi loin que chez M. P., n'aurait pas eu lieu, parce que la tête fémorale placée au-dessous du ligament de Fallope ne saurait rouler ainsi sur le rebord pelvien, et que les muscles postérieurs de la cuisse ne sauraient suffire à l'allongement exagéré qu'ils supporteraient dans un pareil mouvement. Les mouvements d'abduction complète et ceux d'adduction seraient également empêchés, et principalement ceux de rotation; car d'une part la tête du fémur ne saurait rouler sous les parties qui la recouvrent en décrivant le grand arc de cercle produit par l'obliquité de son col, et d'autre part les muscles rotateurs insérés à l'ischion et au bassin, distendus déjà par l'élévation du fémur, qui se trouve sur un plan supérieur à celui de la cavité cotyloïde, ne se prêteraient pas à un mouvement qui dirigerait le grand trochanter en haut et en avant, comme cela aurait lieu pendant les mouvements de rotation en dedans et de circumduction exécutés la cuisse fléchie presqu'à angle droit sur l'abdomen.

Tumeur de l'aine.—Le fémur ne peut en outre être luxé sur le bord supérieur du bassin sans y former une tumeur osseuse, dure et volumineuse, placée en dehors des vaisseaux cruraux, et suivant tous les mouvements imprimés à la cuisse; or, chez M. P. la tumeur était en dedans des vaisseaux cruraux; elle était beaucoup trop faible pour répondre aux deux pouces de diamètre de la tête du fémur; elle ne variait nullement pendant les mouvements du membre, et enfin n'était pas située sous le ligament de Fallope, mais immédiatement au-dessous, était dépressible et par conséquent formée par des parties molles.

Lors donc que l'on n'eût pas été convaincu de l'absence de tout raccourcissement de la cuisse sur le bassin, l'on voit qu'il ne restait aucune preuve à invoquer pour soutenir l'existence d'une luxation iliaque.

Fractures du bassin.— Fallait-il admettre une fracture du bassin, comme cause des symptômes que nous observions? On possède des exemples de fractures verticales du milieu de la cavité cotyloïde. Dans ce cas, la moitié supérieure externe de l'os des îles peut être remontée vers le thorax, et le fémur avoir suivi ce mouvement en rompant probablement son ligament inter-articulaire et la moitié interne de la capsule, puisqu'il se fût déplacé de dix-huit lignes; mais sans parler des terribles accidents qui eussent accompagné une pareille lésion, puisque les parties molles intrà-pelviennes eussent été gravement déchirées, nous trouvions dans la mensuration une preuve certaine qu'aucun déplacement n'avait eu lieu entre les os du bassin. Les intervalles qui séparaient en effet l'épine iliaque antéro-supérieure de l'épine du pubis et de l'ischion étaient égaux des deux côtés du corps, et comme la fosse iliaque n'eût pu se déplacer en haut sans s'éloigner du fragment interne ou pubio-ischiatique, il était évident qu'aucun déplacement n'avait eu lieu; si je donne ici ce moyen de mensuration pelvienne, mensuration que l'on pourrait étendre aux autres parties du bassin, ce n'est pas qu'il fût nécessaire, car trop de signes négatifs se présentaient pour laisser le moindre doute sur l'existence d'une fracture propre à expliquer le raccourcissement du membre; mais parce qu'il offrirait, dans d'autres cas, une précieuse ressource de diagnostic.

Déviation latérale du bassin.— Un fait dont nous avons donné les preuves dans tout le cours de cette discussion, mais sur lequel nous devions nous arrêter, parce qu'il était le principal symptôme de l'accident de M. P., c'était la déviation du bassin. C'est ainsi que s'expliquait naturellement le raccourcissement du membre inférieur droit; l'os iliaque de ce côté ayant subi une élévation de dix-huit lignes, le pied, le genou et le grand trochanter devaient nécessairement avoir suivi ce mouvement, et de là les signes d'un raccourcissement dont nous n'avions découvert le siége dans aucun point du membre inférieur. Mais l'os iliaque avait, en s'élevant, roulé sur lui-même en arrière et un peu à gauche, d'où l'obliquité de la cloison des fesses dans la station verticale, et la courbure de la colonne vertébrale. Le bassin s'étant incliné de droite à gauche, le rachis s'était cambré de gauche à droite et offrait une forte courbure latérale dont la convexité regardait dans ce dernier sens. La partie droite du bassin, élevée et dirigée en arrière et en dedans, avait amené comme conséquence nécessaire l'étroitesse transversale de la hanche droite, la dépression de l'épine iliaque antéro-supérieure, son élévation de dix-huit lignes au-dessus du niveau de l'épine gauche correspondante; l'obliquité

du pli de l'aine, la profondeur plus considérable de ce pli, puisque la cuisse était légèrement rejetée en arrière, et la saillie du grand trochanter, qui devait d'autant plus proéminer que le bassin était porté davantage en arrière de ce côté.

Or tous ces signes existaient chez notre malade, et nous remarquons d'ailleurs que l'on peut les produire très-facilement sur soi-même, en simulant un raccourcissement de l'un des membres inférieurs. N'y a-t-il pas dans toutes ces preuves réunies une démonstration acquise?

Contusion. La déviation latérale droite du bassin admise, et le moindre doute à ce sujet ne me paraît pas possible, quelle en était la cause? et comment devoir en expliquer les autres symptômes, tels que la douleur, la gêne des mouvements, et la fausse crépitation que nous avions constatée? Je crois que l'on peut répondre avec de grandes probabilités de certitude que l'accident de M. P. n'était autre qu'une forte contusion de la hanche, ayant occasionné une entorse de l'articulation coxo-fémorale, le déchirement de quelques fibres ligamenteuses et musculaires, peut-être l'écrasement d'une portion de cartilage articulaire, et sympathiquement, c'est-à-dire consécutivement la déviation du bassin.

L'observation démontre que dans la plupart des cas où la hanche, et particulièrement l'articulation coxo-fémorale, sont le siége d'une douleur plus ou moins vive, le bassin se dévie du côté correspondant sous l'influence d'une contraction musculaire instinctive, qui amène la situation la moins douloureuse. Ainsi nous avons vu que dans le plus grand nombre des coxalgies les changements de longueur du membre malade ne sont qu'apparents, et que la déviation du bassin en est la cause réelle, ce qui prouve encore qu'il en était de même chez M. P., et qu'il n'y avait pas d'altérations organiques profondes, c'est que dans la station sur les genoux, la tête et les épaules étant fortement abaissées, la colonne vertébrale tendue par ses deux extrémités se redressait, et faisait disparaître la déviation pelvienne, comme on s'en assurait en constatant le niveau des crêtes iliaques, et en considérant la cloison des fesses qui d'oblique redevenait verticale.

Je crois donc pouvoir conclure que l'accident de M. P. ne présente rien de douteux ni d'incertain sous le rapport du diagnostic, et que c'est une contusion de la hanche droite avec déviation correspondante du bassin. On pourrait supposer, pour plus de précision encore, que les côtés externe et antérieur de la cavité cotyloïde ont été particulièrement froissés, puisque le malade affecte une situation qui met ces parties à l'abri de toute traction et de toute tension, en portant le membre en dehors et dans la flexion. M. J. Guérin a attribué les déviations en haut du bassin, à l'état d'endolorissement du muscle *psoas* qui se trouverait ainsi relâché; mais ce symptôme n'a pas été observé dans le *psoïtis*, où on aurait dû surtout le rencontrer, et d'ailleurs notre blessé ayant la cuisse dirigée dans l'abduction, position où le *psoas* est tendu, et qui cause les plus vives douleurs aux malades atteints de *psoïtis*, nous ne pouvons supposer l'existence d'une pareille cause. Les suites de cet accident dépendront des accidents qui pourront suivre, et qu'il est toujours impossible de prévoir exactement, mais elles ne nous paraissent pas avoir une grande gravité; le repos, les bains, et les applications antiphlogistiques et résolutives amèneront probablement une assez prompte guérison. Cependant si après la cessation de la douleur et de l'engorgement, la contraction longtemps soutenue des muscles tendait à devenir permanente, ce serait probablement le cas de recourir à l'emploi des moyens mécaniques convenables pour surmonter la contraction musculaire et amener le redressement du bassin.

Cette observation incomplète, puisque l'on ne connaît pas encore les résultats définitifs de l'accident, m'a paru plus intéressante à publier actuellement, où elle offre à résoudre des questions de diagnostic, de traitement et de terminaison, qu'à l'époque où, complète, elle n'eût plus offert aucun problème à examiner. Je m'engage, au reste, à faire connaître quelles seront les suites de l'accident de M. P.

Paris, ce 30 novembre 1838.

L'Expérience. — Déc. 1838.

VARIÉTÉS.

PHRÉNOLOGIE.

M. Rochoux fait, au nom de MM. Bouillaud et Martin-Solon, un rapport sur une lettre de M. Perrot, concernant l'examen phrénologique de la tête d'un criminel nommé Antier, qui a été exécuté. Il résulte de cet examen que presque aucun des organes cérébraux n'était en rapport avec les actes de l'individu; car il avait eu quatorze enfants, et pourtant son cervelet était petit; il était fort gourmand, et l'organe de l'alimentivité était à peine prononcé; il avait empoisonné son camarade pour s'emparer d'une somme de 40 francs, et néanmoins, ni l'organe de l'acquisivité, ni celui de la destructivité n'étaient prononcés, etc. D'où M. le rapporteur conclut que la phrénologie localisante de Gall est une chimère, et que la véritable phrénologie est à recommencer.

A l'occasion de ce rapport, M. Rochoux a lu en son nom une dissertation philosophique sur l'épicuréisme, dont il s'est dès longtemps constitué le cham-

pion. D'après la proposition de plusieurs membres, cette dissertation a dû être détachée du rapport. (Dépôt aux archives, remerciements.)

GAZETTE MÉDICALE. — Déc. 1838.

PROJET

De réponse à une lettre de M. le ministre sur les revaccinations.

On se rappelle que dernièrement M. le ministre avait demandé l'avis de l'Académie sur une proposition de M. le docteur Fiard, qui désirait faire des expériences sur les revaccinations devant une commission.

Aujourd'hui M. Moreau vient lire à l'Académie le projet de réponse que la commission de vaccine propose de faire à l'autorité. Cette réponse commence par rappeler que l'examen de toutes les questions de salubrité publique revient de droit à l'Académie, telle étant la mission principale qu'elle a reçue dès son institution. Abordant ensuite la question des revaccinations, la commission déclare qu'elle s'en occupe d'une manière incessante depuis quinze années et avec toute la maturité qu'une pareille question mérite. Si l'Académie de médecine n'a point été émue par les insinuations des détracteurs de la vaccine, c'est que la majorité de ses membres n'a pas partagé les craintes de l'Académie des sciences. La commission de vaccine s'occupe aujourd'hui plus que jamais de l'appréciation des éléments de la question et en fera son rapport à l'autorité aussitôt qu'elle trouvera les faits assez décisifs. Quant à la proposition de M. le docteur Fiard, l'Académie n'a pas d'avis à donner; M. le ministre pourra en conséquence s'en rapporter sur ce point à sa propre sagesse.

Un orage de réclamations s'élève contre ce projet de réponse; les uns le trouvent trop prolixe, contradictoire, et les autres l'approuvent dans tous ses points; d'autres enfin proposent des amendements. Après une longue discussion, on adopte quelques amendements, et la lettre est approuvée par l'Académie.

Séance levée après cinq heures.

GAZETTE MÉDICALE. — Déc 1838.

DE LA REVACCINATION;

Par DEZEIMERIS.

Dès le premier moment où j'entrepris de démontrer en France ce dont personne ne doutait plus depuis longtemps dans les pays qui nous environnent, je fus si fortement pénétré de la nécessité d'entraîner toutes les convictions à l'admission d'un principe qui serait un bienfait pour l'humanité s'il était reçu et appliqué partout, qu'il me parut nécessaire de ne rien négliger pour atteindre le but que je me proposais. Dressant un plan d'attaque générale et régulière contre ceux qui le repoussaient, j'entrepris d'exposer ce qui s'était passé et ce qui avait été observé de relatif à ce sujet dans toutes les contrées civilisées du globe.

Ce plan si vaste, je ne le perds point de vue, et je me propose de le présenter ailleurs dans son ensemble, à une époque et pour une circonstance dont il ne dépendra pas de moi que l'arrivée ne soit beaucoup rapprochée.

Peut-être n'est-ce que par un travail de ce genre qu'on pourra parvenir à vaincre les opinions accréditées des savants qu'il faut combattre, la morgue des pédants qu'il faut forcer à étudier, et les préjugés de quelques vieux praticiens dont il faut rompre les habitudes.

Mais le bon sens public est plus prompt à reconnaître et à saisir la vérité qu'on lui présente; et l'on peut se dispenser de le conduire à travers ces détours, dès qu'il aperçoit nettement le but où l'on veut l'amener. Il comprend parfaitement que la question des revaccinations est une question d'intérêt général et de haute importance, et pour en adopter universellement la pratique, il n'exigera pas, lui, que la nécessité en soit dix fois prouvée. Pour ceux qui sont dans d'aussi sages dispositions, bornons-nous, quant à présent, à citer une masse de faits, pris indifféremment dans tous les pays, par lesquels soient clairement démontrées deux choses; la première : que la vaccine ne préserve de la variole que pour un temps; la seconde : que la revaccination est un préservatif non moins efficace que la vaccination première.

Reconnaissant aux faits infiniment plus de valeur qu'aux réflexions dont je pourrais en grossir le récit, je serai fort sobre de ces dernières, pour pouvoir multiplier les premiers, tout en restant dans les limites d'un article de journal. Je rapporterai successivement :

1° Des faits qui prouvent que les cas de variole chez des vaccinés, nuls dans les premiers temps qui suivirent la découverte de la vaccine, sont devenus proportionnellement de plus en plus nombreux d'année en année.

2° Des faits qui montrent la gravité de la variole des vaccinés s'accroissant comme le nombre des sujets atteints.

3° Des faits prouvant qu'à mesure que les vaccinés avancent en âge ils sont plus sujets à être atteints par la variole et sont frappés avec plus de violence,

ce qui est la même loi que celle des faits précédents, présentée sous un autre aspect.

4° Des faits qui montrent que cette même loi fixe les degrés d'impressionabilité par le virus vaccin comme par le *contagium* variolique et règle les chances de la revaccination comme celles des atteintes possibles d'une épidémie.

5° Enfin des faits qui démontrent que la revaccination est un préservatif tout aussi efficace pour les sujets en qui la vertu vaccinale protectrice s'est éteinte que pour les sujets vierges de son impression auxquels on la pratique pour la première fois.

Il me semble que les faits ainsi rapprochés devront entraîner toutes les convictions qui ne se seront pas formées d'avance en sens contraire de l'évidence.

Faits de la première catégorie.

Multiplication successive des cas de varioloïde.

Pour quiconque a lu sans prévention les faits qui se sont passés en Danemarck, en Suède et en Angleterre et qui sont rapportés dans mes précédents articles, il serait, je crois, superflu d'en rassembler d'autres ; c'est aux personnes qui ne les connaissent pas que je citerai les suivants.

Le docteur Verson, médecin du cercle de Parenzo, en Istrie, nous rapporte que de 1802 à 1819 les cas de variole chez des vaccinés furent si rares qu'en général on ne crut pas à leur réalité; leur nombre s'accrut successivement jusqu'en 1825, au point de susciter de toutes parts des doutes sur la faculté anti-variolique de la vaccine, et l'avenir de ce précieux préservatif était compromis si l'on ne fût parvenu à trouver le moyen de lui rendre toute son efficacité. Ce moyen est la revaccination.

Dans le cercle de Parenzo, en 1832-33, il y eut 300 cas d'affections varioliques, et la plupart portèrent sur des vaccinés. Le plus grand nombre furent des varioloïdes; mais il y eut aussi des varioles vraies. Tous les sujets atteints, *sans une seule exception,* avaient de 18 à 35 ans. — L'auteur recommande énergiquement de ne pas laisser s'écouler 12 ans après la vaccination sans revacciner.

En 1824, sur 500 varioleux observés par Fantonetti, il n'y avait que 20 vaccinés;

En 1826, Moro observa 72 vaccinés sur 137 varioleux;

En 1831, sur 748 individus atteints d'affections varioliques, à tous les degrés, Grancini s'assura qu'il y avait 643 vaccinés.

Le docteur Gambarini, médecin adjoint de l'hôpital civil de Milan, déclare que le nombre des vaccinés atteints de variole dans l'épidémie de 1830 avait été bien plus considérable que dans celle de 1825-26, et bien plus dans celle-ci que dans les précédentes.

On se lasserait plus tôt de lire des faits analogues à ceux-là que je ne serais embarrassé d'en citer; mais pourquoi les multiplier indéfiniment? Une chose une fois prouvée devient-elle *plus vraie* par la multiplicité des preuves qui la démontrent?

Faits de la seconde catégorie.

Gravité toujours croissante de la varioloïde.

Passons aux faits qui prouvent que la variole des vaccinés a acquis, depuis ses premières apparitions, une gravité de plus en plus fâcheuse; mais n'insistons pas sur un fait que personne peut-être n'oserait nier maintenant.

Les premiers auteurs qui décrivirent l'affection variolique des vaccinés, Willan, Odier, Husson, Bateman, Hallé, Ludwig, Dewar, Perret, Thomson, la représentent comme un exanthème bénin, discret, dans lequel la fièvre cessait à l'apparition de l'éruption, où manquait la période de suppuration, dont une partie des papules avortaient, tandis que les autres passaient à l'état de pustules et arrivaient promptement à la dessiccation; exanthème ne donnant jamais la mort et ne laissant d'autres traces que des plaques rougeâtres qui ne tardaient pas à se dissiper. La varioloïde devint, d'année en année, une maladie sérieuse, dont tous les caractères allèrent se rapprochant successivement de ceux de la variole elle-même, au point que dans certains cas, et, comme le dit Sacco, chez des adultes vaccinés depuis longtemps, il devenait impossible d'y apercevoir la moindre différence; et la gravité de la maladie a pu aller, comme l'a vu Grancini, jusqu'à faire périr 7 1/2 pour 100 des sujets qu'elle frappait. Ceci est un fait historique dont l'évidence saute aux yeux, et qu'il est impossible de contester pour peu qu'on ait seulement étudié la marche de dix épidémies observées en quelque lieu que ce soit, à des époques diverses de notre siècle.

Dans la même proportion on vit s'accroître la violence des épidémies. Cette violence, en effet, dépend principalement du nombre des sujets aptes à en recevoir l'atteinte; car plus une épidémie frappe d'individus à la fois, et plus elle a, en général, de gravité pour chacun d'eux. Or, le nombre des vaccinations annuelles ayant atteint de 1812 à 1820 un chiffre qu'elles n'ont guère dépassé nulle part (si ce n'est accidentellement dans quelques localités, mais non d'une manière régulière), le nombre des sujets efficacement préservés a cessé de s'accroître, et celui des personnes redevenues susceptibles de prendre la variole a augmenté dans la même proportion selon laquelle on l'avait vue diminuer de 1800 à 1812. Ce fait, si évident par lui-même, reçoit un degré de certitude de plus quand on considère que les revac-

cinations, opérées sur de grandes masses, réussissent dans une proportion qui va toujours en augmentant d'année en année, tandis que celles qui furent pratiquées en si grand nombre, comme contre-épreuves, vers 1800, devant des commissions officielles et dans tous les pays, échouèrent complétement, aussi bien que l'inoculation de la variole chez les nouveaux vaccinés.

Faits de la troisième catégorie.

Degré de préservation suivant les âges.

Si l'on consulte Heim sur les cas de variole qui ont été observés dans le Wurtemberg de 1831 à 1836, on voit d'une manière frappante avec quelle puissance la vaccine préserve pendant les dix premières années; combien son efficacité est affaiblie à quinze ou vingt ans de distance de la vaccination; et combien elle préserve peu après vingt ou trente années. On trouve en effet.

1° Pour les non-vaccinés, 216 cas de variole chez ceux de 1 à 10 ans.—71 cas de 11 à 20 ans;

2° Pour les vaccinés, 51 cas chez ceux de 1 à 8 ans, 70 sur ceux de 8 à 12 ans.—807 cas de 13 à 24 ans.

A partir de 25 ou 30 ans l'équilibre se rétablit.

La partie de ce tableau relative aux vaccinés serait par elle-même très-significative quand on la présenterait isolée, mais rapprochée de celle relative aux non-vaccinés elle acquiert une puissance démonstrative qui ne laisse place ni au doute ni aux fausses interprétations. Il est impossible, en effet, en voyant la loi suivant laquelle la variole a frappé quand rien ne s'opposait à ses atteintes, de se refuser à admettre, pour la catégorie des vaccinés, que la vaccine les a préservés très-efficacement pendant les huit premières années, assez mal de 10 à 15 ans, fort peu de 20 à 25, et point du tout au delà de cette dernière période, si ce n'est qu'elle amortit encore la violence des atteintes de la variole.

Le docteur Bidder, ex-inspecteur médical de la Courlande, a donné des détails sur ce qui se rapporte à la vaccine dans cette contrée, l'un des pays du monde où elle est le plus universellement répandue. On y observa, du 1er janvier 1826 au 31 décembre 1831, 618 cas de variole modifiée ou non modifiée, la plupart chez des vaccinés. 524 guérirent et 94 moururent. Tous les sujets atteints, sans en excepter un seul, étaient à une distance de 10 à 20 ans de l'époque de leur vaccination.

Le docteur Nadherny, proto-médecin de la Bohême, nous apprend que pendant tout le cours de l'année 1828 on vit régner sur divers points la variole, tantôt sporadiquement, tantôt à l'état épidémique. Il y eut des varicelles, des varioles et des varioloïdes. Ces dernières ne s'observèrent que chez des individus qui avaient été vaccinés, et qui l'avaient été depuis un grand nombre d'années. Les revaccinations y furent ordonnées.

Pommer, dans son rapport sur l'état sanitaire de Zurich en 1836, nous donne des renseignements à la précision desquels rien ne manque. J'en tire les faits suivants, sur ce qui se passa dans la commune de Fehraltorf, arrondissement de Pfaeffikon, canton de Zurich. Au milieu de décembre 1835 un enfant d'un an, non vacciné, fut apporté de Hettlingen à Fehraltorf et fut pris immédiatement de variole franche. Il mourut pendant la période de suppuration dans un état affreux qui inspira la plus vive terreur à tous ceux qui n'étaient point familiarisés avec un tel spectacle. On avait séquestré l'enfant; ce fut en vain: peu de temps après un ouvrier menuisier mourut dans la première période de la variole, qui fut méconnue et prise pour une fièvre bilieuse accompagnée d'éruption.

Bientôt après la maladie se répandit avec une telle rapidité dans la commune de Fehraltorf que six enfants non-vaccinés, de 6 à 9 ans, furent pris de variole franche; 3 succombèrent. 35 à 40 individus, vaccinés auparavant, ayant de 8 à 34 ans, furent affectés de varioloïde; aucun d'eux ne mourut. Il est à remarquer que les varioloïdes étaient d'autant plus graves que le moment de l'éruption était plus éloigné de celui de la vaccination; le rapport était toujours le même, soit qu'on considérât le nombre ou la forme des pustules, ou la durée de la maladie. Des personnes vaccinées 8 à 15 ans auparavant avaient une éruption très-insignifiante qui se desséchait et disparaissait très-rapidement; celles qui avaient été vaccinées 15 à 20 ans auparavant étaient plus gravement affectées, et la maladie durait huit à dix jours. Plusieurs cas présentèrent tous les caractères d'une variole sans éruption qui se terminait au bout de trois à six jours. Ils étaient compliqués d'angine, provenant probablement de pustules de l'arrière-gorge, et se terminaient par une salivation, des sueurs et des urines copieuses. Un isolement complet des maisons infectées et des revaccinations continuées avec persévérance furent les moyens les plus efficaces pour arrêter les progrès du mal. Aussi dans les villages de Pfaeffikon, Hittnau, Weisslingen, Kyburg et Illnau, ne vit-on que peu de cas de varioles modifiées.

En 1832, il régna à Vienne une violente épidémie de variole, dans laquelle un grand nombre de vaccinés *adultes* et d'*enfants* non-vaccinés furent atteints. Le docteur Güntner, directeur de l'hospice des orphelins, nous a donné la relation de ce qui se passa dans cet établissement, et cette relation est une des pièces les plus propres à démontrer que la vaccine préserve mieux durant les premières années qui la suivent qu'elle ne préserve plus tard.

Sur treize cents et quelques enfants, la plupart au-

dessous de dix ans, qui étaient dans cet hospice, neuf seulement eurent la variole, et deux la varicelle. De ces neuf un n'avait jamais été vacciné, un l'avait été mais sans succès, un autre avait également été vacciné, mais on ignorait avec quel résultat; trois avaient été vaccinés par des médecins hors de l'établissement, trois dans l'établissement même. De ces trois derniers un avait été vacciné en 1821 (il y avait onze ans); un en 1828, et le dernier en 1829, pour la seconde fois, mais après une vaccination qui était restée sans effet. Il faut noter que dans cet établissement les variolés étaient restés au milieu des autres, renfermés avec eux dans des chambres étroites, et dans des conditions qui auraient propagé la maladie à la population tout entière de l'hospice si elle n'eût été efficacement préservée.

A côté de cette observation faite en grand, qui montre si bien à quel point la préservation vaccinale l'emporte pendant les dix premières années sur ce qu'elle sera plus tard, on ne lit pas sans intérêt quelques faits isolés, tels que les suivants, qu'on doit au docteur Büchner.

Le maître d'école Benckner de Markleuthen eut la *varioloïde*, elle se compliqua d'inflammation cérébrale et mit sa vie en danger. Sa femme eut la *varioloïde*; deux de ses enfants, l'un de 8 ans, l'autre de 10 ans, eurent la *varicelle*. Un autre enfant de quatre semaines, non-vacciné, eut une véritable *variole* dont il mourut.

Dans la famille de Pfeuffer, sur cinq personnes, la première, fille de 18 ans, eut la *varioloïde;* peu après, un parent âgé de 30 ans, et une sœur de 20 ans, eurent la même maladie, mais à un beaucoup plus grand degré de violence. Deux jeunes sœurs, au contraire, de 5 et de 7 ans, eurent une simple *varicelle*.

Passons de l'Allemagne en Italie, et nous verrons que partout les faits sont également décisifs.

Sur 72 *vaccinés*, dont 5 eurent la *variole* parfaitement légitime, et les autres la *variole modifiée*, Moro nous apprend qu'un seul n'était vacciné que depuis deux ans, 1 l'était depuis cinq, 1 depuis sept, 15 depuis onze, 35 depuis douze à dix-huit, 29 depuis dix-huit à vingt-quatre.

Au mois de mars 1826, Terzaghi, chargé par l'autorité d'observer une épidémie variolique qui régnait dans les communes d'Albajrate, Robecco et Cisbano (Milanais), y reconnut une varioloïde se répandant par contagion sur un grand nombre d'individus vaccinés ou ayant eu la variole, mais qui n'attaqua pas un seul sujet qui n'eût passé l'âge de la puberté.

Plusieurs grandes épidémies observées depuis par le même médecin lui montrèrent toujours la variole épargnant les sujets éloignés de moins de dix ou douze ans de l'époque de leur vaccination, et sévissant avec une violence progressive chez ceux qui s'éloignaient le plus de cette époque.

Gambarini déclare que, dans l'épidémie de Milan de 1830, comme dans celle de 1825, et comme dans les précédentes, il fut constaté que l'intensité de la maladie chez les vaccinés, l'abondance de l'éruption, étaient exactement proportionnées à la distance où se trouvaient les sujets atteints de l'époque de leur vaccination, et que tous les vaccinés qui succombèrent avaient plus de 16 ou 17 ans.

Mais il y a des personnes qui sont moins convaincues qu'étourdies par les grandes masses de chiffres; citons-leur des faits particuliers. Le docteur Festler, médecin à Albisegnano, dans le Padouan, nous fournira tout ce qu'on peut désirer de mieux en ce genre.

Regina Maria, d'environ 22 ans, vaccinée dans son enfance, enceinte de 8 mois, fut atteinte, la première, de *varioloïde;* elle accoucha et guérit. La marraine choisie pour le baptême du nouveau-né, Thérèse Frizzaria, non vaccinée, en conversant avec elle sans précaution contracta une *variole* légitime et en mourut. Deux des sœurs de celle-ci, Marie et Justine Frizzaria, l'une vaccinée et l'autre non, furent atteintes, le cadavre n'étant pas encore refroidi, la première de *varioloïde*, la seconde d'une vraie *variole*. Elles guérirent l'une et l'autre. Le mari de la défunte, Antonio Mazzucato, vacciné dans sa jeunesse, eut une varioloïde extrêmement légère qui se borna à une éruption de trois pustules, lesquelles se développèrent d'abord régulièrement, mais avortèrent ensuite. Justine Maria, vaccinée dans son enfance, ayant donné des soins à Regina Maria, sa sœur, la première malade, contracta la *varioloïde* et en réchappa. Une amie de Justine, la nommée Anna Pizzighetto, qui la visita fréquemment (l'auteur ne dit pas si elle était vaccinée, ce qui est probable), prit une *varioloïde*, mais si légère, qu'elle ne fut pas obligée de garder le lit. D'Antonio Mazzucato la maladie passa à deux de ses sœurs, vaccinées, sous forme de *varioloïde*, grave chez la plus âgée, très-bénigne, semblable à celle d'Anna Pizzighetto chez la plus jeune. Un jeune frère, vacciné, n'éprouva nulle atteinte. Antonio Suttin, non-vacciné, prit la variole vraie et succomba. De ses trois fils, tous vaccinés, les deux plus jeunes, l'un de 11 ans, l'autre de 13, n'eurent rien du tout; l'aîné, âgé de 26 ans, contracta la maladie, et elle fut si grave que le médecin ne sut s'il devait la qualifier de varioloïde ou de variole. Antonio Sandri, non-vacciné, mourut de la *variole*. De trois de ses enfants, régulièrement vaccinés en bas âge, l'aîné contracta une *varioloïde* grave, le second une varioloïde légère, le troisième n'eut qu'une *varicelle* assez bénigne. Un quatrième enfant, le plus jeune de tous, petite fille de 17 mois, non encore vacci-

née, eut la *variole* et y succomba. Benedetto Ortolan, mari d'une sœur de la défunte Thérèse Frizzaria, vacciné dans son enfance, eut une *varioloïde* légère; Antonio Ortolan, frère de Benedetto, eut aussi la varioloïde. Sous le même toit que les précédents, Paolo Bada et Rosa Bada, son épouse, eurent une varioloïde qui fut légère chez lui, grave chez elle; Tombola Antonio, jeune homme de 17 ans, qui servait dans la maison d'Ortolan, s'étant fait vacciner pendant ce temps, eut simultanément la vaccine et la variole, la première lente et rabougrie, l'autre discrète et bénigne. La contagion passant de Tombola à ses deux frères (sans doute vaccinés, quoique l'auteur n'en dise rien), l'un de 14 ans, l'autre de 7, donna à ce dernier une simple *varicelle* des plus légères, et à l'autre une *varioloïde,* qui ne fut pas grave puisqu'il fut rétabli en santé au bout de deux semaines. Enfin, dans la même maison d'Ortolan, un autre individu, Germanio Silvio, jeune enfant d'environ 7 ans, vacciné dans le premier mois de son âge, contracta aussi l'infection et eut une *varicelle* dont il guérit en trois jours d'alitement, et sans aucun traitement médical.

Quoi de plus décisif que ces faits, recueillis par des observateurs habiles et bien connus, pour démontrer les degrés divers de préservation selon l'époque plus ou moins éloignée de la vaccination, et aussi pour renverser l'hypothèse gratuite de ceux qui prétendent voir dans la varioloïde, non une variole modifiée, amoindrie par l'impression vaccinale, mais une maladie particulière et distincte?

Quatrième catégorie de faits.

Succès de la revaccination augmentant avec l'âge.

Cette section serait bien étendue si nous voulions citer seulement la vingtième partie des faits qui nous sont connus; mais notre intention est d'en faire l'objet d'un article à part. Nous nous bornerons à énoncer le résultat statistique principal qui ressort du rapprochement de tant de cas: c'est que la revaccination réussit plus souvent et plus complétement entre 15 et 25 ans qu'à toute autre époque de la vie, chez les sujets vaccinés pour la première fois en bas âge. Après cet énoncé, nous pouvons nous borner à citer ici, pour la forme, en quelque sorte, un petit nombre de cas pris au hasard.

Reuss de Stuttgard nous apprend que, sur 27 revaccinations pratiquées à Heslach, 25 le furent sur des sujets au-dessous de 14 ans, et 3 seulement réussirent. — 12 eurent lieu chez des sujets de plus de 14 ans, dont 7 avec un plein succès. On en pratiqua 50 à Stuttgard; elles eurent le même résultat.

Le docteur Lucas de Erkelenz avait pratiqué, en 1833, 289 revaccinations sur des sujets âgés de 2 à 28 ans. Au-dessous de cinq ans, il n'obtint qu'une irritation insignifiante; au-dessous de neuf qu'une fausse vaccine; ce n'est qu'au-dessus de l'âge de dix ans qu'il eut des pustules plus ou moins légitimes et régulières; en sorte qu'on peut formuler les résultats de ses expériences en disant *que les pustules qui se développèrent chez les revaccinés se rapprochèrent d'autant plus de la vaccine légitime que les sujets étaient plus éloignés de l'époque de leur vaccination.* Le même observateur, ayant vacciné des sujets qui avaient eu la variole, avait obtenu des pustules d'autant plus analogues à celles de la vaccine que la variole avait laissé moins de cicatrices. Chez deux personnes, de 42 et 49 ans, qui avaient eu la variole dans leur enfance il obtint une vaccine très-régulière.

En 1830, dans le district de Morbegno (dans la Valteline), régnait une épidémie de variole. Le docteur Pini revaccina 35 personnes, de l'âge de 4 à 20 ans, ayant toutes eu une bonne vaccine, comme le démontraient les cicatrices qu'elles portaient et les registres de vaccination. Chez les enfants de 4 à 10 et à 12 ans, le lendemain de la revaccination ou peu après, à peine y avait-il une trace de pustule, qui disparaissait en 48 heures environ, sans déterminer la moindre apparence d'un dérangement général. Chez les sujets plus éloignés de leur première vaccine, on vit, en raison directe de leur âge, les pustules apparaître plus tard, le troisième jour après l'insertion, chez quelques-uns même le quatrième seulement; dans le même rapport avec l'âge, on vit ces pustules revêtir des caractères de plus en plus semblables à ceux de la pustule vaccinale légitime, au point d'offrir, au huitième jour, chez les plus âgés, une identité presque parfaite avec elle, pour la forme et les dimensions. Pas un seul des revaccinés ne contracta l'affection variolique régnante.

A Bianzone des revaccinations furent faites par le docteur Guicciardi, et eurent les mêmes résultats.

Cinquième catégorie de faits.

Efficacité préservatrice de la revaccination.

C'est au hasard que je vais citer des faits qui démontrent cette efficacité; on peut puiser sans choix dans la masse des documents qui se rapportent à ce point; ils sont tous identiques, et il n'y a nul motif de préférence en faveur de l'un plutôt que de tout autre.

Le docteur Gambarini nous apprend que, durant l'épidémie de Milan en 1830, il fut pratiqué au delà de deux mille revaccinations; et sur ces deux mille revaccinés, vivant dans une ville où les variolés abondaient, il n'y en eut pas un seul d'atteint par l'épidémie.

En 1831, la variole régnait à Mantoue; les administrateurs de la maison des orphelins étaient dans la plus parfaite sécurité, parce que tous les habitants de la maison, au nombre de 120, étaient vaccinés. Cependant la maladie y fit invasion au mois d'avril, et en peu de jours il y eut douze malades. Dès la première apparition de la maladie, sur l'avis du professeur Solera, la revaccination fut faite à tous les orphelins sans exception, et la variole n'en atteignit pas un de plus.

Le docteur Baumgaertner, conseiller à la cour du grand-duché de Bade, professeur de médecine, etc., a publié un rapport où l'on trouve que, une épidémie de variole ayant fait invasion dans le cercle du Haut-Rhin, un grand nombre de vaccinés ayant été atteints et plusieurs ayant même succombé, des mesures de police rigoureuses furent employées pour cerner l'épidémie et empêcher son extension, mais sans aucun succès. Il fut alors ordonné de pratiquer la revaccination sur tous les sujets, en masse, qui étaient à plus de dix années de distance de leur vaccination. Le succès répondit pleinement à l'attente des médecins qui avaient conseillé cette mesure. L'épidémie, au plus fort de ses ravages, fut coupée court, et pas un seul individu ne fut atteint par elle quand elle ne trouva plus que des enfants au-dessous de dix ans, ou des revaccinés à frapper. A Riegel, 910 individus furent revaccinés. Chez 161 il se développa une vaccine régulière; chez les autres, ou les piqûres ne produisirent rien, ou il s'y développa des *papules*, qui n'arrivèrent point à suppuration.

Le docteur Wagner, médecin pensionné du canton de Schlieben, qui, pratiquant l'art de guérir depuis 1796, a inoculé ou vacciné successivement à peu près tous les habitants de ce canton, a pu faire dans cette localité des observations précises, et nous en a fait connaître les résultats. Il vit ses vaccinés, préservés d'une manière de moins en moins absolue, être affectés dans ces dernières années de varioles modifiées en nombre de plus en plus considérable. Dans ces derniers temps, chaque fois que la variole fit invasion dans le canton, la revaccination arrêta immédiatement ses atteintes. Jamais il ne vit un revacciné être atteint de la variole, même après 8 et 16 jours passés dans la chambre d'un variolé, soit que la revaccination eût été suivie de succès, soit qu'elle eût été sans résultat.

En 1836, la variole apparut dans plusieurs localités du canton de Zurich ; elle se montra chez tous les sujets qu'elle atteignit avec tous les caractères d'une grande violence. Pommer nous apprend que des mesures rigoureuses de police consistant à faire pratiquer partout la vaccination et la revaccination arrêtèrent brusquement les progrès de l'épidémie.

Dans l'épidémie de la Valteline de 1830, dont Balardini nous a donné l'histoire, de nombreuses revaccinations furent pratiquées dans diverses localités, et les revaccinés purent dès lors se trouver en rapport avec les malades sans courir risque d'être atteints par le même mal.

Le docteur Festler, qui a déjà été cité plus haut pratiqua aussi dans l'épidémie qu'il nous a fait connaître des revaccinations nombreuses, et pas un de ses revaccinés ne fut atteint.

C'est vraiment céder à un caprice des esprits difficiles à qui l'évidence ne suffit pas, que de s'arrêter ainsi à citer des séries de faits qui prouvent l'efficacité préservative de la revaccination, quand il y a déjà dans certains pays, en Allemagne par exemple, des relevés officiels portant sur des masses immenses de chiffres qui le démontrent sans réplique. Il est donc évident pour tout homme qui raisonne, et il est démontré pour quiconque sait seulement compter :

1° Que la vaccine ne préserve pas un sujet vacciné depuis 15 ou 20 ans aussi sûrement qu'elle le préservait dix ans plus tôt.

2° Qu'il y a un moyen de redonner à notre sujet de 20 ans le même privilége d'immunité dont il jouissait dans son enfance, et que ce moyen est la REVACCINATION.

C'est donc un devoir de conscience pour les hommes dont les convictions ne sont pas faites à cet égard de se donner la peine d'examiner les documents qui doivent les fixer.

C'est un devoir de profession pour les médecins d'user de toute leur influence pour propager d'aussi importantes vérités.

C'est un besoin pour les hommes pénétrés de l'amour du bien public de faire tous leurs efforts pour éclairer le peuple sur ce que son intérêt lui prescrit, relativement à la revaccination.

N. B. Pour épargner à la paresse d'une foule de gens l'ennui d'étudier la question de la nécessité des revaccinations, on n'a qu'à faire l'expérience suivante, et la question sera résolue avant même que l'Académie à laquelle on en a demandé la solution ait commencé à la discuter; c'est, tout simplement, de revacciner à la fois cent enfants vaccinés depuis un an, et cent adultes éloignés de vingt ans de leur vaccination. La comparaison des résultats donnera immédiatement la solution demandée, et cette solution, on peut l'affirmer à l'avance, sera la même que celle que donnent tous les faits qui viennent d'être rapportés.

L'EXPÉRIENCE. — Déc. 1838.

—

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES,

Ou Recherches critiques et expérimentales sur l'inoculation appliquée à l'étude de ces maladies, suivies d'un Résumé thérapeutique et d'un formulaire spécial;

Par Ph. Ricord,

Chirurgien de l'hôpital des Vénériens de Paris, etc. (1).

« Depuis trente-six ans que j'étudie les maladies » vénériennes, disait Boerhaave, je vois sans cesse » des phénomènes nouveaux que je ne trouve relatés par aucun auteur, et qui viennent mettre mon » expérience en défaut. » Ce que disait, il y a plus d'un siècle, l'illustre professeur de Leyde, on peut encore le répéter aujourd'hui, et les médecins les plus consommés voient tous les jours échouer leurs efforts, soit pour la détermination, soit pour le traitement des accidents vénériens. Serait-ce que ce *protée* continue, comme le croyaient les anciens, à revêtir des formes toujours dissemblables? serait-ce que les observateurs aient manqué au sujet, et que cette partie si importante de l'art ait été délaissée par la science?

En effet, si l'on considère la marche de la médecine, dans le dernier siècle surtout, on est frappé de l'oubli presque complet dans lequel est plongée la syphilis. On trouve bien sur la matière un assez grand nombre de traités et de monographies; mais si l'on excepte quelques ouvrages qui sont devenus classiques (*en est-il jusqu'à trois que l'on pourrait compter?*), on peut dire que presque tous les auteurs, écrivant dans des vues de théorie purement spéculative, ont plutôt compliqué la question qu'ils n'ont aidé à la résoudre.

Dans ces derniers temps surtout, l'esprit exclusif de doctrine s'est attaqué à la syphilis, et John Hunter, en Angleterre, Hensler, en Allemagne, Broussais, Jourdan, Devergie et Desruelles, etc., en France, ont prouvé jusqu'à quel point la passion des systèmes peut aveugler les hommes les plus habiles et les observateurs les plus consciencieux.

Dans un pareil état de choses, il était bien à désirer que cette analyse exacte, appliquée depuis plusieurs années à l'étude d'un grand nombre d'affections, fût appliquée aussi aux maladies vénériennes, et surtout que ce grand procès de l'inoculation du virus fût soumis à une révision complète et rigoureuse. M. Ricord, placé à la tête d'un hôpital spécial, a mis à profit les avantages de sa position, et, après avoir publié à diverses reprises des travaux partiels sur le sujet, il vient de livrer à la science le résultat plus complet de ses observations.

L'ouvrage de M. Ricord est divisé en trois parties : la *première* est consacrée au développement et à la critique des résultats fournis jusqu'alors par l'inoculation; la *seconde*, aux recherches cliniques et expérimentales; et enfin la *troisième* contient un exposé des meilleures méthodes de traitement.

« S'il est, dit Petit-Radel, un genre de maladies où la cause semble être liée à l'effet d'une manière évidente, c'est sans contredit la vénérienne »; et c'est, ajoute M. Ricord, cette liaison constante et régulière que prouve surtout l'inoculation.

Avant d'exposer ses résultats sur cette inoculation, et d'arriver aux faits qui lui sont propres, l'auteur commence par passer en revue les opinions de tous les syphilographes dont le nom se rattache à cette grave question. Ainsi, depuis Bru, qui pense « que » le mode communicatif de la vérole n'est autre chose » que le feu électrique altéré, ou quelque autre matière analogue passée sous une forme d'expansion», jusqu'à Caron, Hunter, Turnbull, Jourdan, Lagneau, Richond, Desruelles, Cullerier et Ratier, tous les principaux antagonistes du virus sont passés en revue, et leurs arguments discutés victorieusement, il faut le dire, mais quelquefois peut-être avec trop d'aigreur et un ton de polémique qu'on voudrait, pour la dignité de l'art, voir banni entièrement des ouvrages scientifiques.

L'observation microscopique, qui a donné déjà à la physiologie et à la pathologie des résultats si importants, et qui semble ouvrir à certaines parties de la médecine une ère nouvelle, ne pouvait rester inactive dans la grande question du diagnostic des écoulements vénériens; aussi M. Donné que ses travaux placent au premier rang parmi les micrographes, soumit à l'analyse chimique et microscopique le pus et le mucus fournis par les organes génitaux, soit à l'état sain, soit à l'état morbide, et provenant d'altérations simples ou de causes spécifiques. Les résultats contenus dans le travail de M. Donné sont connus depuis longtemps, et nous n'y reviendrons pas; mais M. Ricord trouve qu'ils sont loin d'avoir la valeur diagnostique que l'auteur leur a attribuée. Le chirurgien attaque corps à corps le micrographe, dont il nous semble même avoir un peu exagéré les conclusions. Nous n'insisterons pas sur cette discussion qui nous entraînerait trop loin; mais, tout en admettant que certains axiomes formulés par M. Donné sont peut-être trop hasardés, nous ne pensons pas qu'on doive renoncer à l'espoir de percevoir dans les lésions vénériennes, comme du reste dans tant d'autres, des caractères physiques qui serviront à les différencier d'une manière rigoureuse,

(1) 1 vol. in-8°., de 808 pages; Paris, librairie des sciences médicales de Just Rouvier.

Nul doute que ce simple examen microscopique serait beaucoup préférable à l'inoculation pour décider la nature des altérations, et nous espérons que M. Donné, à qui la science doit déjà tant, portera de nouveau ses recherches vers ce sujet si important.

Quant aux suppositoires de copahu, de cubèbe et de beurre de cacao, conseillés par M. Donné, je les ai vu employer l'année dernière pendant mon internat dans le service de M. Louis; je les ai employés moi-même cette année dans le service de M. Magendie, et quoique je n'aie pas assez de faits pour me prononcer d'une manière positive sur ce moyen, cependant il m'a paru commode, et il nous a réussi dans plusieurs écoulements rebelles.

Quoique plusieurs expérimentateurs aient déjà constaté l'innocuité du virus vénérien inoculé de l'homme aux animaux, néanmoins M. Ricord a voulu répéter lui-même publiquement toutes ces expériences à l'hôpital des Vénériens; des chiens, des lapins, des pigeons, des chats, des cochons d'Inde, ont été inoculés de toutes les manières et avec toutes les précautions possibles, et l'analyse de tous ces faits permet de conclure que le principe inoculable de la syphilis est particulier à l'espèce humaine, et ne saurait se transmettre à la brute. Quant à ces inoculations sur l'homme, blâmées par plusieurs médecins, elles n'ont jamais été tentées par l'auteur qu'avec la plus grande prudence et une extrême discrétion. « Bien convaincu, dit M. Ricord, que la syphilis est une des maladies les plus graves qui puissent affliger l'humanité, j'ai dû apporter dans mes recherches la plus grande prudence et la plus grande réserve, sans me laisser cependant arrêter par des craintes pusillanimes. Je suis resté encore avec la ferme conviction qu'il n'était pas permis à un médecin de communiquer à un homme sain, sous quelque prétexte que ce fût, une maladie dont les conséquences étaient impossibles à prévoir; et si, en considération de l'intérêt de la science, qui avait sans aucun doute dirigé ceux qui ont expérimenté ainsi, on pouvait trouver une excuse, leur exemple aujourd'hui ne saurait être suivi sans blâme. »

De ses observations cliniques, M. Ricord croit pouvoir tirer rigoureusement les propositions suivantes:

I. Un premier accident vénérien déjà guéri, ou existant encore à quelque période que ce soit de sa durée, n'empêche pas d'en contracter d'autre, et le nombre des infections successives possibles ne saurait être limité.

II. Tout individu actuellement infecté, et sous l'influence seulement de symptômes primitifs dans une région, ne voit jamais se développer sur d'autres points de son économie des symptômes semblables aux premiers, à moins d'une contagion nouvelle due au contact du prémier pus, ou communiquée par un autre individu.

III. Les accidents secondaires ou d'infection générale n'empêcheront jamais le malade de contracter d'autres accidents primitifs.

IV. Enfin, la fréquence de la vérole constitutionnelle n'est, en aucune façon, en raison directe du nombre des accidents primitifs développés à une même époque.

Le premier et le troisième théorème reçoivent tous les jours leur démonstration. Pour le deuxième, M. Ricord pense que si l'on en a mis la vérité en doute, c'est qu'on n'a pas pris assez de précautions pour distinguer les symptômes primitifs des symptômes secondaires. Les accidents primitifs ne peuvent se produire que par l'application directe du pus, ou bien, ajoute M. Ricord, par le transport de ce pus à l'aide des lymphatiques afférents, jusqu'aux ganglions auxquels ils aboutissent, et sans qu'il les dépasse jamais. Quant à ces piqûres de sangsues, à ces plaies éloignées du lieu infecté, et qui prennent l'aspect des chancres vénériens, des observations nombreuses ont montré que, dans tous les cas, ou l'inoculation du virus avait été faite directement, et par défaut de précautions, par le pus provenant d'ulcères véritablement vénériens, ou bien l'inoculation s'était faite comme par exosmose, de dedans en dehors : c'est ce qui arrive pour les plaies ou les piqûres de sangsues situées sur des bubons virulents suppurés.—Toutes les sécrétions normales ou morbides chez les individus réputés syphilitiques ont été inoculées par M. Ricord, et une seule forme de sécrétion a fourni des résultats constants; c'est l'*ulcère primitif* ou le *chancre* qui, d'après l'auteur, est à la vérole constitutionnelle ce qu'est à l'hydrophobie la morsure du chien enragé. Mais le pus du chancre n'est pas le même à toutes les périodes de l'ulcération, et c'est pour avoir négligé cette donnée si simple que les expérimentateurs ont trouvé des résultats si contradictoires. M. Ricord reconnaît au chancre deux phases bien distinctes : la première est celle d'ulcération croissante ou stationnaire; la seconde est celle de réparation et de cicatrisation, et elle ne fournit plus de virus contagieux. Le pus du chancre reproduit partout une maladie identique, et la spécificité de cette sécrétion n'est en rapport ni avec le siége, ni avec la vitalité des parties, ni avec l'état inflammatoire qui peut les accompagner.

Or, si l'on porte à l'aide d'une lancette le pus d'un chancre sous l'épiderme, voici, dit M. Ricord, ce qui est observé : « Dans les premières vingt-quatre heures, le point piqué, comme dans la vaccine, rougit; du second au troisième jour, il se tuméfie un peu et présente l'aspect d'une petite papule qu'entoure une auréole rouge; du troisième au quatrième jour, l'épiderme, soulevé par un liquide plus ou moins trouble, prend la forme souvent vésiculeuse, offrant à son sommet un point noir, résultat du des-

séchement du sang de la petite piqûre; du quatrième au cinquième jour, la sécrétion morbide augmente, devient purulente; la forme pustuleuse se dessine, et son sommet, en se déprimant, lui donne un aspect ombiliqué qui la rapproche de la pustule de la petite vérole. A cette époque, souvent l'auréole, dont l'étendue et l'intensité s'étaient accrues, commence à s'éteindre où à diminuer, surtout si la maladie ne fait pas de progrès; mais, à partir du cinquième jour, les tissus sous-jacents, qui souvent n'avaient encore subi aucune influence ou étaient seulement légèrement œdémateux, s'infiltrent et durcissent par l'épanchement d'une lymphe plastique, qui donne au toucher la résistance, la sensation élastique de certains cartilages. Enfin, à partir du sixième jour, le pus s'épaissit, la pustule se vide, et bientôt des croûtes commencent à se former. Si celles-ci ne sont point détachées, on les voit grandir par leur base, et s'élevant par couches stratifiées, prendre la forme d'un cône tronqué à sommet déprimé; si l'on détache les croûtes, ou si elles tombent, on trouve dessous un ulcère qui, siégeant sur la base dure dont nous avons parlé, offre un fond dont la profondeur est représentée par toute l'épaisseur de la peau, et dont la surface blanche, d'un gris plus ou moins foncé, est formée par une matière lardacée, quelquefois pultacée, ou même de fausses membranes qu'on ne peut détacher qu'en l'abstergeant.

Les bords de l'ulcération à cette époque, nettement taillés comme par un emporte-pièce parfaitement circulaire, sont cependant décollés dans une étendue plus ou moins grande, et offrent à la loupe de légères dentelures et une surface semblable à celle du fond; leur marge, siége d'un engorgement et d'une induration pareille à celle de la base, présente une espèce d'anneau d'un rouge brun plus ou moins violacé, et qui, plus saillant que les parties voisines, rélève ainsi les bords en les renversant un peu; ce qui, dans les premiers temps, donne un aspect infundibuliforme à ces ulcérations. »

Jamais, suivant l'auteur, l'inoculation n'échoue quand on prend le pus dans les conditions voulues, et qu'on l'applique convenablement; toujours on voit autant de pustules qu'on a fait de piqûres, et toujours ces pustules se développent au point précis où l'inoculation a été faite.

D'après M. Ricord, les accidents généraux, qui du reste n'arrivent pas dans tous les cas, n'ont jamais lieu qu'après un certain temps de durée; et les chancres détruits par la cautérisation, quatre ou cinq jours après l'inoculation, n'exposent pas aux symptômes secondaires.

Il a été constaté par des expériences que le pus du chancre ou des pustules d'inoculation, conservé dans des tubes semblables à ceux dans lesquels on renferme le vaccin, conserve toutes ses propriétés virulentes pendant sept jours; mais nous aurions voulu voir l'auteur donner plus de développement à ce point si intéressant de l'histoire de l'inoculation, et indiquer, par exemple, les effets du pus desséché sur le linge et inoculé après plusieurs jours de dessiccation.

Quant à cette infection par le simple contact d'un malade atteint de syphilis, d'une lunette de commodités, d'un pot de chambre, etc., M. Ricord pense que si on ne doit pas la nier d'une manière absolue, c'est uniquement pour expliquer des choses inexplicables sans cette ressource. « Dans les commencements, dit-il, lorsqu'il fut connu que la maladie était contagieuse, on crut qu'elle devait être communiquée en respirant le même air, en touchant la main, les vêtements, les membres d'un vérolé; que la réunion des chrétiens dans les temples, que les rapprochements du tribunal de la pénitence étaient des moyens fréquents de contagion : aussi, à cette époque, ne se cachait-on pas d'être atteint de cette maladie; des auteurs médecins n'hésitaient pas à rendre publiques des observations de syphilis faites sur de vertueux princes, sur de saints abbés, sur de respectables prélats.»

Quoique la question de savoir si la blennorrhagie est identique au chancre ait été déjà résolue négativement par les nombreuses expériences de Bell en Angleterre, du docteur Tongue à Philadelphie, de Hernandez à Toulon, cependant M. Ricord a renouvelé ces recherches, et il résulte de ses observations que dans aucune circonstance la blennorrhagie simple ne peut produire de chancres. Le muco-pus blennorrhagique peut, comme matière irritante, comme le flux du coryza, par exemple, excorier la peau avec laquelle il reste en contact, mais jamais y produire d'ulcère syphilitique, à moins que l'urèthre ne soit lui-même le siége d'un chancre. Quoique M. Ricord n'en ait observé lui-même aucun cas, cependant les observations d'Astruc, de Franc, Bell, Spangerberg, Capuron, Lisfranc, etc., ne peuvent laisser aucun doute à cet égard.

L'inoculation a été appliquée aussi par M. Ricord à l'étude et au diagnostic du bubon; et de ses expériences il croit pouvoir conclure : 1° que le bubon virulent, ou d'absorption du pus du chancre, est un accident tout à fait analogue au chancre quant à sa nature, et qui n'en diffère que par la forme et le siége; 2° que le bubon virulent est le seul qui s'inocule; que dans tous les cas où les commémoratifs ne pourront pas servir d'une manière certaine à différencier le bubon virulent des engorgements avec lesquels on pourrait le confondre, l'inoculation seule pourra être considérée comme signe irrécusable et pathognomonique; 4° enfin que l'observation rigoureuse ayant montré que les bubons qui ne s'inoculent pas ne sont jamais suivis d'accidents secondai-

res, il est important pour le pronostic de pratiquer l'inoculation.

Quant aux bubons dits d'emblée, c'est-à-dire qui paraissent sans qu'aucun symptôme primitif d'infection les ait précédés, il est impossible de nier leur existence: Astruc, Swediaur, Bertrandi, Lagneau, etc., en ont cité des exemples; M. Ricord en observe assez fréquemment à l'hôpital du Midi; et moi-même j'ai fait voir il y a deux ans à l'Hôtel-Dieu, un cas de ce genre à M. le docteur Danyau, chez un jeune homme qui s'était livré plus de quinze jours auparavant à un coït suspect, et qui avait la verge et les parties génitales dans l'état le plus sain.

M. Ricord a expérimenté aussi les produits de sécrétion des papules muqueuses, pustules plates, humides, tubercules muqueux, etc. La sécrétion qu'ils fournissent peut, en agissant comme matière irritante, enflammer les tissus avec lesquels elle est mise en contact, mais elle n'est pas susceptible d'inoculation. Lorsque des tubercules muqueux ont transmis la syphilis à un autre individu, c'est qu'au moment de la contagion il y avait d'autres accidents *spécifiquement contagieux;* enfin le tubercule muqueux doit être rapporté aux accidents secondaires; il est une preuve de vérole constitutionnelle, et il ne peut se transmettre que par voie d'hérédité.

Dans le troisième chapitre, l'auteur distingue au moyen de l'inoculation les accidents primitifs des accidents secondaires. Hunter avait déjà prouvé par des expériences que les accidents de la vérole constitutionnelle ne pouvaient l'inoculer; M. Ricord est arrivé aux mêmes résultats. De ce fait de non-inoculation il ne faut pas conclure que les symptômes secondaires ne soient pas véritablement syphilitiques, mais seulement que le virus en se disséminant, si l'on peut ainsi dire, dans l'économie, a perdu la propriété d'inoculation, en conservant celle de l'hérédité. Ce résultat conduit encore à cette conclusion, savoir : que toutes les fois qu'un symptôme, quel qu'il soit, peut s'inoculer, il est le produit d'une contagion directe, et non d'une infection générale ou d'une vérole constitutionnelle.

Ce chapitre contient, en note, une classification que l'auteur propose des symptômes de la syphilis, et que nous croyons devoir reproduire ici en abrégé.

1° *Accidents primitifs.* — Le chancre, dû à l'action directe du virus qu'il reproduit, et à l'aide duquel il se propage par voie de contagion d'un individu malade à un individu sain, ou par l'inoculation de la même matière, ou enfin sur l'individu lui-même d'un point à un autre, sans se transmettre par voie d'hérédité avec son caractère principal, la possibilité de s'inoculer, mais pouvant produire l'infection prématurée de l'enfant au moment de la parturition ou après.

2° *Accidents successifs,* — ou ceux qui arrivent de proche en proche, ou par simple extension du premier symptôme local, tels que de nouveaux chancres, des abcès simplement inflammatoires ou virulents, des adénites également simples ou virulentes, etc.

3° *Accidents secondaires,* — ou d'infection générale, dans laquelle le virus a subi une modification et produit le *tempérament syphilitique;* accidents se développant sur la peau, sur les muqueuses, sur les yeux, les testicules, etc., et n'arrivant que rarement avant les deux premières semaines de la durée de l'accident primitif, le chancre; mais le plus ordinairement après la quatrième, sixième, huitième ou beaucoup plus tard; n'étant jamais susceptible de s'inoculer quand on sait bien les reconnaître et qu'on ne se laisse pas tromper par les malades. Ces phénomènes secondaires peuvent se transmettre par voie d'hérédité...

4° *Accidents tertiaires.* — Arrivant à des époques indéterminées, mais le plus souvent longtemps après la cessation de l'accident primitif, ne se montrant sur le plus grand nombre des sujets qu'alors que des symptômes secondaires ont déjà eu lieu, soit qu'ils aient disparu entièrement ou qu'ils persistent encore; accidents qui non-seulement ne s'inoculent plus, mais qui même ne sont plus susceptibles de se transmettre par voie d'hérédité, avec les caractères spécifiques de la vérole, comme les secondaires, et sont peut-être une cause fréquente, par la génération, de la production des scrofules, qui souvent ne sont que la syphilis dégénérée. Parmi ces accidents tertiaires il faut ranger les nodus, les tubercules profonds du tissu cellulaire, du cerveau, les exostoses, les caries.... des affections internes encore mal définies; etc.

5° Enfin, *des maladies étrangères,* — dont la syphilis a pu favoriser le développement, et qui ne lui sont pas liées, telles que la phthisie, le cancer, les scrofules sur l'individu primitivement affecté, qu'il faut distinguer des scrofules transmises, dont nous avons parlé plus haut; le scorbut, différentes phlegmasies aiguës ou chroniques, qui n'ont alors rien de spécifique, et qui, à cause de l'antécédent apparent, pourraient être rapportées à la vérole et seraient, dans ce cas, la cause de graves erreurs et d'échecs dans le traitement.»

Dans le quatrième chapitre intitulé : *l'inoculation peut servir à la thérapeutique*, l'auteur, après avoir examiné de quelle manière les recherches prophylactiques pourront s'aider de l'inoculation, ne pense pas qu'à l'exemple de Swediaur, de Sarrey, de Perolle, d'Yvan, on doive jamais, pour guérir une syphilis rebelle, rappeler un ancien écoulement ou en développer un nouveau. On a proposé aussi d'inoculer le virus syphilitique, pour des maladies tout à fait étrangères à la vérole, et le docteur Martini, médecin distingué de Vienne, avait même

commencé, à l'hôpital des Vénériens, des recherches à ce sujet, lorsqu'une maladie grave vint interrompre ses travaux. M. Ricord, tout en conseillant dans ce cas la plus grande prudence, n'a pas fait assez : ce sont là de ces expériences dont on devrait faire justice, et qu'on ne saurait blâmer trop sévèrement.

Le seul secours que l'inoculation nous paraisse devoir prêter à la thérapeutique, c'est d'indiquer les cas dans lesquels on devra faire usage des spécifiques, si jamais on en trouve d'absolus contre cette maladie.

Si l'inoculation ne sert pas d'une manière rigoureuse à poser les indications du traitement, elle reste d'une grande valeur sous le rapport du pronostic, dit M. Ricord, qui formule cet axiome consolant pour les pauvres pécheurs : « Tout individu qui a » eu des symptômes inoculables reste positivement » susceptible de l'empoisonnement général, et peut » avoir plus tard des symptômes de vérole constitutionnelle! »

L'auteur termine cette première partie, qui contient environ deux cents pages, par des considérations importantes sur l'inoculation appliquée à l'hygiène et à la médecine légale.

La deuxième partie de l'ouvrage contient les observations; elle est divisée en quatre sections : dans la première section on étudie l'inoculation du pus du chancre simple ou compliqué, dans ses diverses formes et périodes; dans la seconde l'inoculation du muco-pus de la blennorrhagie simple ou compliquée, et dans ses différents siéges; la troisième a trait à l'inoculation du pus fourni par les bubons et la quatrième à l'inoculation du pus des symptômes secondaires et des autres accidents réputés vénériens. Enfin, les derniers chapitres contiennent les tableaux statistiques des inoculations, et le résumé des résultats obtenus dans des recherches du même genre, faites sur deux cent cinquante-sept malades, par M. le docteur Mairiou, à l'hôpital militaire de Louvain, pendant l'année 1836.

La troisième partie comprend un exposé complet des méthodes de traitement qui ont le mieux réussi à l'hôpital des Vénériens. L'auteur commence par l'étude des moyens prophylactiques; il voudrait que les académies encourageassent davantage les recherches qui ont pour but de préserver d'une aussi terrible contagion, et surtout que les visites des filles publiques fussent faites plus régulièrement et plus souvent. En effet, le pus du chancre étant contagieux au troisième jour de l'inoculation, on conçoit l'insuffisance des visites faites aux filles publiques, tantôt tous les huit jours, tantôt tous les trois mois, suivant la classe à laquelle elles appartiennent. Les soins de propreté sont nuisibles pour l'homme avant le coït, mais après il serait utile de faire des lotions alcalines et chlorurées. M. Ricord regarde cette pratique comme pouvant avoir de très-heureux résultats si elle était plus répandue, et il voudrait comme M. Ratier que ces conseils hygiéniques fussent affichés dans tous les lieux où l'on peut courir des dangers.

Traitement du chancre. — Quelle que soit la forme qu'il affecte, le chancre réclame à toutes les périodes, mais surtout au début, la méthode abortive; et l'auteur adopte tout à fait en ce sens l'opinion de Hunter. Toutes les fois que la partie malade pourra être facilement excisée, on devra pratiquer l'extirpation avec des ciseaux courbes et cautériser ensuite; la cicatrisation marche alors avec beaucoup plus de rapidité. Toutes les fois qu'on trouvera après un coït suspect une pustule, il faudra, de quelque nature qu'elle paraisse être et sans qu'on ait besoin d'un diagnostic plus précis, la diviser et la cautériser profondément jusqu'à la base; la matière de sécrétion du chancre devenant une cause permanente de la maladie et pouvant s'inoculer sur d'autres parties, il importe de ne pas la laisser séjourner et de répéter les pansements d'autant plus souvent, que la suppuration sera plus abondante. Quant aux onctions avec la pommade mercurielle, M. Ricord pense qu'elles sont plutôt nuisibles qu'utiles, et il recouvre simplement le chancre de charpie fine imbibée de vin aromatique, d'après la formule du Codex.

Les chancres *larvés, superficiels, phagédéniques, pultacés, diphtériques*, réclament le même traitement, c'est-à-dire la cautérisation et le pansement avec le vin aromatique. L'auteur blâme, même dans les cas rebelles, l'emploi des mercuriaux à l'intérieur ou à l'extérieur; suivant lui, le nitrate d'argent est le sédatif le plus efficace et l'antiphlogistique le plus certain quand on sait bien l'appliquer et qu'on ne se laisse pas arrêter par la douleur et l'inflammation. Lorsque ces chancres sont accompagnés de douleurs vives, et que le malade est très-irritable, les pansements sont faits avec une solution d'opium ou du cérat opiacé. Si, malgré tous ces soins, le chancre continue à faire des progrès, ou reste stationnaire, « voici, dit M. Ricord, la méthode que j'emploie : l'ulcération est-elle à découvert partout, j'applique dessus un vésicatoire, ou bien je la saupoudre de cantharides; est-elle, au contraire, profonde, a-t-elle succédé à un bubon virulent dont elle occupe le foyer, si la peau décollée est encore assez épaisse, j'ai également recours au vésicatoire, et, en même temps, à la poudre de cantharides introduite dans la cavité suppurante : ce pansement est laissé vingt-quatre heures. Le lendemain, on applique de la charpie fine imbibée de vin aromatique, et l'on continue comme dans les chancres ordinaires. Sous l'influence de ce traitement, l'ulcération se déterge bientôt, et les bourgeons charnus de la période de réparation ne tardent pas à se montrer. Enfin, s'il

existait un foyer, il se remplit de granulations, et la peau se recolle. Cependant, chez quelques malades, il faut répéter l'application du vésicatoire et la poudre de cantharides, mais on ne revient au premier que pour autant qu'il n'a pas atteint son but au moment où il est sec; tandis que pour la poudre, on en remet tous les trois ou quatre jours, jusqu'à ce qu'on voie l'arrivée des bourgeons charnus.» Si ce traitement échoue, l'auteur recommande alors la cautérisation avec la pâte de Vienne. Quant aux chancres phagédéniques indurés, s'ils n'ont pas cédé aux applications locales, on doit avoir recours aux mercuriaux.

Il est encore une autre espèce d'ulcères appelés chancres phagédéniques gangreneux, par excès d'inflammation, et dans lesquels la phlogose constitue la maladie principale. C'est contre elle que devront être dirigés tous les moyens; si la gangrène survient, elle ne réclame pas d'autre traitement que dans les cas ordinaires et étrangers à la syphilis.

Traitement du bubon. — M. Ricord ayant remarqué que chez presque tous les individus qui portent des bandages herniaires, le bubon se déclare du côté opposé au bandage, trouve dans cette observation un puissant argument de plus en faveur de la compression : aussi regarde-t-il une compression méthodique et bien faite, unie au repos absolu, comme le meilleur moyen de faire avorter le mal à son début. Si le bubon a eu pour antécédent un chancre, et qu'il ne soit pas le siége d'un travail phlegmoneux très-prononcé, on applique sur la tumeur un vésicatoire, et l'on couvre la peau dénudée d'un plumasseau de charpie imbibé d'une solution de deuto-chlorure de mercure (vingt grains par once d'eau), suivant la méthode de M. Malapert. On laisse séjourner le caustique deux ou trois heures; il faut pour que l'effet désirable soit obtenu, qu'une partie de l'épaisseur du derme soit entamée par l'eschare. Des topiques émollients sont appliqués jusqu'à la chute de l'eschare, et l'ulcération simple qu'elle laisse à découvert est pansée simplement. Pour les bubons de nature ou de complications scrofuleuses, dont le développement a été excité par des accidents vénériens, les bains alcalins et sulfureux, les frictions iodées, et enfin l'écrasement des ganglions donnent souvent d'heureux résultats.

« Il est cependant, dit M. Ricord, des circonstances dans lesquelles l'excision et l'extirpation des ganglions semble être la dernière ressource ; mais comme l'opération n'est pas toujours facile, ou même possible, la méthode qui, dans ce cas, m'a le mieux réussi, consiste à détruire, à l'aide de la pâte de Vienne, un bon tiers de la peau qui les recouvre; quand l'eschare est tombée, on applique sur les ganglions, ainsi mis à découvert, des pansements avec l'onguent mercuriel et des cataplasmes, et les résultats heureux sont souvent d'une grande rapidité. Il peut pourtant encore arriver que la maladie résiste, et qu'on soit obligé d'attaquer les ganglions eux-mêmes avec la pâte de Vienne. Il faut ici agir avec prudence, et n'enlever à la fois que des couches peu profondes. Quand une eschare est détachée, on en forme une autre en redoublant de précaution, à mesure qu'on gagne en profondeur, et surtout qu'on s'approche de parties importantes à ménager. Avec de la patience on m'a vu ainsi à l'hôpital détruire des couches épaisses et compactes de ganglions que rien autre n'avait pu amender. Cette pratique est, pour moi, bien supérieure à l'usage des trochisques escharotiques et des sétons. »

Le tempérament lymphatique et la complication scrofuleuse se rencontrent souvent chez les malades affectés de bubons ; l'auteur recommande dans ce cas un régime fortifiant et l'emploi du proto-iodure de fer à la dose de dix à vingt grains par jour.

Syphilis constitutionnelle. — Si la proposition formulée par l'auteur (qu'il n'y a jamais d'accidents secondaires si l'accident primitif a été détruit avant les cinq premiers jours de son existence réelle) est démontrée vraie par l'observation, il devient évident que la prophylaxie de la syphilis générale consistera dans une méthode abortive employée dans tous les cas le plus promptement et le plus énergiquement possible. Quant au traitement curatif, il n'y a pas de condition qui puisse le contre-indiquer. La gestation, l'époque de l'allaitement, etc., ne s'opposent nullement à l'emploi d'une médication méthodique.

L'auteur, sans refuser aux sudorifiques une certaine action dans certains cas, pense qu'on en a beaucoup trop vanté les effets, et qu'ils doivent moins être indiqués comme médication générale que comme traitement moral chez les malades syphilophobes. L'inefficacité des préparations d'or et d'argent a été suffisamment prouvée, et c'est encore aux mercuriaux que M. Ricord donne la préférence, et parmi eux au proto-iodure de mercure en pilules de un à six grains par jour. Loin de chercher à produire la salivation, on devra diminuer ou suspendre le médicament dès les premiers symptômes du ptyalisme. L'opium, dans le cas d'irritabilité, peut être administré avec succès, mais il faut surveiller avec soin son action sur les voies digestives, car la constipation qu'il détermine prédispose à la salivation mercurielle.

Syphilides. — Les frictions avec la pommade au proto-iodure de mercure, les bains gélatineux, les fumigations cinabrées, les bains de vapeur ou de sublimé doivent constituer la base du traitement; mais il est une forme de syphilide (tubercule muqueux, papules ou pustules muqueuses) dont la thérapeutique spéciale amène la guérison avec une étonnante

rapidité. « Quel que soit, dit M. Ricord, le siége du tubercule muqueux, anus, vulve, intervalle des orteils, etc., etc., en même temps qu'on administre le traitement général qu'il réclame comme accident secondaire, la médication locale vraiment spécifique par la rapidité de ses résultats, est la suivante :

D'abord, on lave les parties malades, si elles ne sont point ulcérées, avec du chlorure d'oxyde de sodium pur, et dans les cas contraires ou de trop vive irritation, étendu d'eau de manière à déterminer une légère cuisson sans douleur. Puis, après les lotions répétées deux fois par jour, on saupoudre les parties malades de calomel anglais. Huit ou dix jours suffisent pour faire disparaître des masses énormes de ces éruptions, qui, souvent placées entre les orteils, empêchaient les malades de marcher depuis plusieurs mois. »

Iritis syphilitique. — Antiphlogistiques au début; proto-iodure de mercure à l'intérieur; frictions de belladone dans les narines et à la base de l'orbite.

Accidents tertiaires. — Cette classe comprend les *tubercules profonds de la peau et des muqueuses* (lupus syphilitique), *les douleurs ostéocopes*, que l'auteur ne regarde pas comme particulières à la syphilis, la *périostite*, l'*ostéite syphilitiques* et les *tumeurs gommeuses;* le traitement interne qui est ici le même à peu près que pour les accidents secondaires, doit être uni à l'emploi des moyens chirurgicaux, dans le détail desquels nous ne pouvons entrer. L'insuccès de toutes les médications, si fréquent du reste dans les accidents tertiaires, justifie complétement l'axiome de Mercurialis : « Quum » videretis morbum quempiam communibus reme- » diis non curari, putate esse morbum gallicum co- » gnominatum. »

Blennorrhagie. — La prophylaxie ayant été étudiée plus haut, l'auteur divise le traitement en abortif et en curatif proprement dit. Les boissons abondantes et les bains tièdes qu'on conseille toujours dès l'apparition des premiers symptômes de la blennorrhagie sont plus propres, d'après M. Ricord, à les augmenter qu'à les faire disparaître; les boissons abondantes, forçant à uriner fréquemment, fatiguent le canal et prédisposent à l'inflammation ; quant aux bains, lorsqu'on sait avec quelle facilité ils rappellent un écoulement déjà arrêté, on conçoit aisément qu'ils puissent en favoriser le début. On devra donc, si l'on tente la méthode abortive, supprimer les boissons à haute dose et les bains. Aussitôt que l'écoulement se manifeste, s'il y a des signes d'inflammation aiguë, M. Ricord applique vingt à quarante sangsues au périnée, et administre en même temps le cubèbe ou le copahu à l'intérieur. Il n'est pas rare, d'après l'auteur, de voir cette médication tarir en trois ou quatre jours des écoulements soignés en temps opportun. Si cette méthode, du reste, ne fait pas avorter la maladie, elle en abrége toujours la durée. Les injections de nitrate d'argent conseillées par Carmichael, et les cautérisations superficielles de l'urèthre, n'ont pas encore été soumises assez longtemps à l'observation pour être indiquées comme moyen général.

Le copahu, quoi qu'on ait dit, est toujours, suivant l'auteur, l'antiblennorrhagique par excellence, dans l'uréthrite et dans la vaginite. Au début de la maladie, il est d'autant plus utile, qu'il porte à la purgation ; c'est le contraire pour la blennorrhagie chronique. Le cubèbe ne doit pas être administré à l'état aigu, et on doit le donner de préférence au copahu chez les individus et dans les saisons où on a à craindre les éruptions cutanées.

L'usage méthodique des injections, loin d'avoir les inconvénients qu'on a supposés, donne lieu aux résultats les plus prompts et les plus heureux. M. Ricord recommande, après la période aiguë, les injections résolutives d'acétate de plomb. Si, au bout de sept à huit jours, elles n'ont amené aucun résultat, on les remplace par les astringents, l'alun, le zinc, le laudanum, etc.; enfin, dans les cas où toute sensibilité ayant disparu, il reste un suintement rebelle, on emploiera le vin rouge du midi seul ou avec addition de tannin.

L'iodure de fer a été aussi employé en injections par l'auteur à l'hôpital des Vénériens. Les résultats de cette pratique ne sont pas encore assez précis pour qu'on puisse conclure d'une manière positive en sa faveur.

Après l'indication raisonnée des différentes méthodes de traitement à mettre en usage dans la blennorrhagie chez la femme, dans la blennorrhagie oculaire, anale, buccale, nasale, etc., dans les cas de phimosis, de végétation, de rétrécissement, etc., l'auteur donne un formulaire spécial des médicaments employés le plus habituellement dans son service à l'hôpital des Vénériens.

On a pu voir, par les nombreux développements que nous avons donnés à cette analyse, quelle importance nous attachons à l'ouvrage. Le livre de M. Ricord, en effet, outre qu'il donne enfin une solution bien nette et bien précise à la question de l'inoculation, rendra un grand service aux médecins en détruisant tous leurs doutes au sujet de la conduite à tenir dans les cas d'ulcères syphilitiques et au sujet de l'emploi des mercuriaux dans les différentes périodes de la maladie. Ceux qui n'ont pu étudier dans les hôpitaux spéciaux les affections vénériennes trouveront, surtout dans la troisième partie, ces indications précieuses que peuvent seuls donner les hommes voués à la spécialité, et exerçant sur un vaste théâtre. Disons, cependant, que l'ouvrage de M. Ricord n'est pas, comme on pourrait le croire d'après le titre, un compendium com-

plet des maladies vénériennes. Malgré toute l'importance et toute la valeur que nous reconnaissons aux *recherches critiques et expérimentales* de l'auteur, elles ne peuvent constituer un traité pratique de la syphilis; et si nous faisons cette remarque, ce n'est point pour blâmer M. Ricord, qui a plus servi la science en lui donnant de nombreuses pièces à l'appui d'une question si grave qu'en traitant des points déjà connus du sujet, mais bien pour l'engager à remplacer plus tard les observations par des chapitres où il pourra traiter d'une manière plus complète les points que l'espace et le temps ne lui ont pas permis de développer d'une manière suffisante.

H. L.

JOURN. DES CONNAISS. MÉD. — Déc. 1838.

DISCOURS

Prononcé au nom de la Faculté de Médecine sur la tombe de M. BROUSSAIS;

Par M. le Professeur BOUILLAUD.

Messieurs,

La médecine française a, depuis le commencement de ce siècle, éprouvé des pertes bien cruelles : elle a vu mourir, dans l'espace de quarante ans, ses Desault, ses Bichat, ses Corvisart, ses Pinel, ses Chaussier, ses Laënnec, ses Gall, ses Dupuytren, ses Desgenettes, et d'autres encore; mais jamais elle n'avait fait une plus irréparable perte que celle dont elle vient d'être affligée par la mort de l'homme qui est l'objet de cette triste et imposante solennité. Oui, messieurs, un astre lumineux vient de s'éteindre dans le monde médical : M. BROUSSAIS n'est plus, *il s'est en allé* comme tant d'autres grands hommes nés à peu près à la même époque où il naquit lui-même.

Ce n'est pas une chose facile, messieurs, que l'éloge d'un tel homme. Pour l'oraison funèbre de celui dont nous déplorons la perte, ce ne serait pas trop de la voix d'un Bossuet. Quoi qu'il en soit, messieurs, ce n'est pas ici le lieu de raconter tous les détails d'une vie si belle et si bien remplie. Vous n'attendez de moi qu'une sorte d'analyse sommaire des principaux faits qui ont illustré la carrière de M. Broussais; permettez-moi, je vous prie, de lui donner au moins assez d'étendue pour qu'elle ne soit pas, sous ce rapport, tout à fait indigne de lui, et pour qu'elle vous le fasse connaître sous ses véritables traits.

Que d'autres vous parlent, messieurs, de ses titres divers (et tous sont les plus honorables); pour moi, je ne veux ici que vous parler de ses ouvrages, de ses services, de ses travaux. M. Broussais est du petit nombre de ces hommes qu'on honore bien plus en disant *ce qu'ils ont fait* qu'en disant *ce qu'ils ont été*.

M. Broussais est né en 1772, à Pleurtuit, village voisin de Saint-Malô, patrie des Châteaubriand et des La Mennais. Son père exerçait lui-même la médecine dans le village que je viens de nommer, et ce n'est pas sans un sentiment de vive émotion que je visitai, il y a deux ans, l'humble maison qu'il habitait, non plus que la modeste église où l'on se rappelle encore que, dans son enfance, l'homme illustre auquel nous venons rendre un dernier hommage chanta plus d'une fois au lutrin.

Élève de Bichat et de Pinel, M. Broussais passa sa première jeunesse dans le service de santé de la marine militaire. Il exerça quelque temps à Paris, à la suite de sa réception; mais il ne tarda pas à quitter la carrière de la médecine civile pour celle de la médecine militaire.

Disons d'abord quelques mots de sa dissertation inaugurale soutenue en l'an XI (1803); elle a pour titre : *Recherches sur la fièvre hectique, considérée comme dépendante d'une lésion d'action des différents systèmes, sans vice organique*. On y trouve déjà les rudiments de cette logique pressante, vive, serrée, et pour ainsi dire inexorable, dont M. Broussais devait plus tard faire sentir la pointe acérée à ses nombreux adversaires. Mais ce qu'il y a surtout de curieux et de vraiment digne de l'histoire, c'est que l'auteur s'y montre *pyrétologiste* plus *essentialiste* que M. Pinel lui-même (1). N'est-ce pas, en effet, une chose bien propre à frapper

---

(1) Pinel avait écrit : « Si la fièvre hectique se rapproche des fièvres *primitives* sous plusieurs rapports, il faut avouer aussi qu'elle est si souvent symptomatique, qu'on ne saurait tout à fait la confondre avec elles. » M. Broussais, au contraire, après avoir reconnu que la fièvre hectique pouvait tantôt être indépendante d'aucune maladie, et tantôt être symptomatique d'autres maladies, poursuivait ainsi : « Il est prouvé que des altérations non maladies, et des altérations maladies, produisent une fièvre tout à fait semblable, qui est la fièvre hectique : donc la fièvre hectique est maladie *essentielle* et maladie *symptomatique*. C'est comme si l'on disait : donc la fièvre hectique est maladie *essentielle* et n'est pas maladie *essentielle*, ou *vice versâ*. Or, cela est absurde; car une maladie *essentielle* dans un cas ne peut dans un autre cas n'être pas *essentielle*, si elle est toujours la même : elle serait tout au plus une complication. Puisque nous ne saurions empêcher qu'elle ne soit essentielle, et que pour le bien de l'art il importe de ne pas la considérer comme un symptôme, disons que c'est une fièvre essentielle qui, toujours la même, se présente tantôt seule, tantôt compliquée à certaines maladies dont elle marque une période. »

l'esprit du médecin philosophe, que de voir l'homme qui plus tard devait saper jusque dans ses derniers fondements le dogme si longtemps révéré de l'*essentialité* des fièvres, débuter dans la carrière médicale par une sorte de profession de foi *ultra-essentialiste ?* Toutefois, si au lieu de s'en tenir à la *lettre* de cette dissertation, on en sonde profondément l'*esprit*, on entrevoit bientôt dans son auteur un génie impatient de l'état actuel de la pyrétologie, et on peut prédire que quelque jour il changera la face de cette partie alors si confuse de la médecine.

Aussitôt qu'il se vit placé sur le théâtre des hôpitaux militaires, M. Broussais continua les recherches qu'il avait commencées pour la composition de sa dissertation inaugurale, en prenant la résolution d'étudier les maladies chroniques *d'une manière toute particulière*, et de fixer son attention sur *cette foule de malades pâles, maigres, s'avançant à pas lents vers le tombeau avec une fièvre hectique plus ou moins caractérisée, et quelquefois sans aucune agitation fébrile appréciable.*

C'est le résultat de ce travail qu'il publia, en 1808, sous le titre de : *Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques, fondée sur de nouvelles observations de clinique et d'anatomie pathologique.*

M. Broussais a désigné par le nom un peu guerrier de ses premières campagnes les recherches cliniques consignées dans l'ouvrage indiqué. Oserai-je, à propos de ce mot de *campagnes*, hasarder un rapprochement que voici? Les premières campagnes médicales de M. Broussais se firent en partie dans cette Italie, qui avait été aussi le théâtre de ces immortelles campagnes du jeune général Bonaparte. Or, si le héros de ces dernières campagnes devait un jour devenir premier consul, empereur des Français, et roi de cette Italie qu'il avait miraculeusement conquise, le héros des campagnes médicales devait aussi plus tard être reconnu pour le chef d'un empire d'une autre espèce, et régner intellectuellement sur un territoire plus vaste encore que celui auquel commandait Napoléon ; et pour achever un rapprochement, je l'avoue, un peu forcé, ajouterai-je que c'est à Udine, non loin de ce Campo-Formio si célèbre par le traité qui porte son nom, et dont Bonaparte fut un des signataires, à Udine, dis-je, que M. Broussais recueillit les matériaux de l'un des plus beaux monuments qui aient été élevés à la médecine d'observation.

Cet ouvrage révélait, en effet, un profond et ingénieux observateur. Il fut admis aux honneurs des prix décennaux décernés par cette même classe de l'Institut, qui plus tard..... Mais pourquoi rappeler ici un déplorable souvenir ?

Je regrette vivement, messieurs, de ne pouvoir donner ici une idée complète de l'important ouvrage dont il s'agit. Mais je ne puis m'empêcher d'en extraire quelques passages qui montreront à quelle bonne école il avait été composé, à quels principes de saine philosophie médicale l'auteur sacrifie, et combien se trompent ceux qui, dans ces derniers temps, n'avaient affecté de voir en lui qu'un systématique de l'ordre des Brown, des Paracelse ou des Thémison.

Voici quelques-unes des belles maximes inscrites sur le frontispice même du remarquable monument médical qui porte le titre d'*Histoire des phlegmasies chroniques.*

» Tant que l'art d'exposer les phénomènes des maladies n'aura point acquis la perfection dont il est susceptible, et qui peut-être se lie à celle de la science, celui qui voudra étendre ses idées sur un genre quelconque d'affections pathologiques se verra forcé de remonter à la source première, et de recueillir lui-même les faits que la nature, toujours uniforme dans ses opérations, ne cesse jamais de nous représenter. »

» Si les cadavres nous ont quelquefois paru muets, c'est que nous ignorions l'art de les interroger. »

» Lorsqu'on a longtemps observé et rapproché d'après une bonne méthode, il s'agit de procéder aux conclusions ; mais il faut le faire avec une extrême sagesse. C'est ici que se montre la mesure du génie. Celui qui ne généralise pas assez nous fait penser qu'une partie de ce qu'il a observé est perdue pour lui ; celui qui tombe dans l'excès opposé et qui prononce en dernier ressort, montre sa présomption et son orgueil; l'un et l'autre témoignent qu'ils ont des vues retrécies : ils ne rendront jamais de grands services à l'art. »

Écoutez encore ce beau passage.

» Ce n'est pas assez pour le médecin qui veut reculer les limites de la science d'être né avec les plus heureuses dispositions, de beaucoup lire, de beaucoup voir, de beaucoup méditer : si, pendant un certain nombre d'années, il ne suit pas la route que nous venons de tracer ; si, content d'observer en détail, au moment de ses visites, il ne recueille que des notes générales, s'il borne sa curiosité anatomique à l'examen des cas extraordinaires, ou de ceux qui lui paraîtront incertains, il n'échappera point à l'erreur. N'ayant jamais envisagé toutes les formes des maladies, il ne peut en conserver que des images imparfaites et tout à fait dissemblables aux modèles. Par conséquent, chaque fois qu'il voudra faire un rapprochement, il tirera de fausses conséquences. Alors plusieurs écueils également dangereux l'exposeront au plus triste des naufrages : s'il est fanatique de ses opinions ou de celles d'autrui, il forcera tous les faits de se plier à sa fausse théorie, et marchera d'er-

reur en erreur jusqu'à l'extrémité de sa carrière : s'il est naturellement inconstant, ou s'il conserve encore assez de liberté dans le jugement pour apercevoir les nombreuses contradictions que les faits mal observés ne manquent jamais de présenter, il abandonnera toute espèce de doctrine, il se livrera à l'empirisme le plus aveugle, ou tombera dans un scepticisme déplorable.»

Après avoir signalé la vicieuse méthode philosophique suivie à l'époque où il écrivait, il s'écrie :

» Les observateurs de l'homme seront-ils donc toujours les seuls qui ne sachent pas observer? ne cesseront-ils point de mériter ce reproche humiliant qui retentit aujourd'hui jusque dans nos écoles : toute théorie devient inutile dans la pratique? Médecins qui vous frappez vous-mêmes avec les armes de vos adversaires, condamnez, j'y consens, les vaines hypothèses et les fantômes monstrueux de l'imagination, mais ne les confondez pas avec la véritable théorie; que la théorie soit pour vous ce qu'elle est pour les autres sciences, le résultat des faits réduit en principe; observez bien, rapprochez avec habileté, concluez avec justesse, et vous aurez une théorie qui ne vous abandonnera point au lit des malades, et que vous respecterez sans doute, puisque chacun de vous aura su l'enrichir et la perfectionner. »

« Toutes les circonstances dont nous exigeons le concours pour former un bon observateur ne peuvent se réunir que dans les hôpitaux.... C'est donc aux médecins d'hôpitaux qu'est imposé plus particulièrement la tâche pénible de reculer les bornes de l'art de guérir.

» Il fallait, pour que cette matière (l'étude des phlegmasies chroniques) fut présentée dans un jour lumineux, qu'un médecin d'hôpital s'imposât la tâche pénible de recueillir et de rédiger lui-même des histoires de maladies... Ce travail ne devait pas être confié à des élèves, parce que l'art d'observer est difficile, et que chaque auteur porte dans sa rédaction ses vues et ses principes particuliers, et interprète la nature différemment.

» Il me semblait aussi que le médecin le plus heureusement organisé n'avait pas trop de toutes ses facultés pour interroger tous les symptômes d'une longue maladie....

» Je sentis qu'un travail aussi parfait ne pouvait sortir que des mains d'un professeur de clinique d'une haute capacité, d'un zèle infatigable, et assez dévoué à la science pour lui sacrifier des moments qui sont le plus souvent employés d'une manière toute différente par les praticiens d'une grande réputation.

» Des obstacles si puissants me firent craindre qu'un pareil ouvrage ne fût encore longtemps désiré; et tout en faisant des vœux pour que la médecine le possédât bientôt, je pris la résolution de faire moi-même, dans ma pratique militaire, une étude clinique des maladies chroniques, pour mon instruction particulière, et pour celle d'un petit nombre de jeunes élèves qui désirèrent étudier avec moi. »

Parmi les vérités capitales qui se trouvent démontrées dans l'ouvrage de M. Broussais, il faut placer en première ligne celle qui se trouve exprimée dans le passage suivant :

» La très-grande majorité des infortunés que je trouvai consumés par une maladie chronique étaient tout simplement victimes d'une inflammation qui n'avait pu être guérie dans sa période d'acuité. Il est vrai que bien souvent le défaut de succès dépendait ou de ce que le malade n'avait pas assez promptement réclamé les secours de l'art, ou de ce que son indocilité les avait rendus inutiles. Mais combien n'en trouvai-je pas aussi dont la maladie, toujours mal traitée, avait été visiblement méconnue ! »

Appuyé sur de nombreuses observations, M. Broussais, par la plus heureuse des théories, rattacha la phthisie pulmonaire aux phlegmasies chroniques de l'appareil respiratoire, et rallia aux nuances peu exprimées ou obscures de la gastrite de nombreuses affections de l'estomac, avant lui regardées comme saburrales ou comme asthéniques. Il disait :

» La gastrite n'étant jamais décrite que dans son plus haut degré d'intensité, toutes les nuances peu exprimées devaient être méconnues et mal traitées... J'ai essayé de remédier à cette calamité publique, en disposant dans une série méthodique les gastrites assez obscures pour échapper souvent au diagnostic, et en m'étudiant à les rattacher d'un côté avec les variétés les plus inflammatoires, de l'autre avec la sensibilité purement nerveuse et la véritable faiblesse de l'estomac. »

On voit que le grand observateur qui découvrit en quelque sorte le premier la gastrite n'oubliait point ici d'en distinguer les nuances, et qu'il s'efforçait de ne pas les confondre avec ces névroses qui, plus tard, firent un certain bruit sous le nom de gastralgies.

Les doctrines professées dans l'*Histoire des phlegmasies chroniques* ne furent pas bien comprises ; elles parurent trop subtiles aux uns ; elles ne pouvaient convenir à ces autres observateurs un peu mystiques qui se dispensaient de remonter à la lésion pathologique qui présidait à la formation des tubercules, en disant qu'ils n'avaient jamais su pénétrer des secrets que le Tout-Puissant paraît s'être réservés.

Même encore aujourd'hui les doctrines dont nous voulons parler sont méconnues ou contestées par une école dont quelques-uns des chefs jouissent d'une certaine autorité.

Parmi les reproches qu'on peut adresser aujour-

d'hui à l'*Histoire des phlegmasies chroniques*, domine celui-ci, savoir, que les observations particulières ne sont pas suffisamment détaillées. L'excuse de M. Broussais se trouve dans la manière dont on envisageait alors l'art de recueillir et de rédiger les observations. C'était l'ère où régnait la médecine aphoristique; c'était une époque où tout, jusqu'aux observations particulières, devait être rédigé en style aphoristique ; et, chose digne de remarque, c'est que les histoires particulières, que nous trouvons aujourd'hui trop peu détaillées, ne parurent pas alors assez courtes, et pour ainsi dire, assez aphoristiques à l'illustre Pinel auquel elles furent soumises avant leur publication. « Sabrez ! sabrez! » disait-il à l'auteur, alors son disciple.

Comparez-les d'ailleurs aux observations des prédécesseurs immédiats de l'auteur à celles de Morgagni lui-même, et vous verrez que sous le rapport qui nous occupe, elles constituent un véritable progrès dans l'art si difficile de recueillir les faits particuliers. Or tous les progrès se font ainsi en général, d'une manière graduelle et comme mesurée.

Il y avait six ans que l'*Histoire des phlegmasies chroniques* avait paru, lorsque, en 1814, par suite de ces grandes catastrophes dont le monde fut bouleversé, M. Broussais revint dans la capitale où il fut attaché, comme médecin, à cet hôpital du Val-de-Grâce que son nom et ses doctrines devaient tant illustrer. Bientôt, en effet, M. Broussais et sa doctrine portèrent le nom de médecin et de médecine du Val-de-Grâce, et la postérité dira peut-être l'oracle du Val-de-Grâce comme elle a dit l'oracle de Cos.

Il ne songeait guère d'abord à se lancer dans la carrière de l'enseignement, et il ne se doutait pas du rôle magnifique qu'il serait bientôt appelé à jouer sur une scène du monde médical. Encouragé par quelques confrères, au nombre desquels je me plais à citer MM. Orfila et Capuron, il ouvrit un modeste cours particulier de médecine théorique ; et sous les auspices de M. Desgenettes, il commença des leçons cliniques au Val-de-Grâce.

Deux ans plus tard, c'est-à-dire en 1816, l'auteur presque oublié du livre des Phlegmasies chroniques fulmina, si j'ose ainsi parler, sous le nom d'*Examen de la doctrine médicale généralement adoptée*, un manifeste de guerre tel que le monde médical n'en avait vu depuis longtemps. Réveillés par cette sorte de coup de tonnerre, les médecins se redressèrent, et, prêtant une oreille attentive, ils reconnurent qu'il ne s'agissait rien moins que d'une immense révolution.

De même que le livre des Phlegmasies chroniques avait été la suite et le superbe complément des *Recherches sur la fièvre hectique*, ainsi l'*Examen de la nouvelle doctrine médicale généralement adoptée* fut le complément de l'*Histoire des phlegmasies chroniques*. M. Broussais le commence en effet dans ces termes :

« Aujourd'hui, j'ose avancer que l'on peut faire pour la plupart des affections pathologiques, ce que je fis en 1808 pour les inflammations. »

Depuis longtemps, dit-il, cette pensée l'absorbait, lorsque l'ouvrage de M. Hernandez lui tomba, par hasard, entre les mains. Or, c'est à cette occasion qu'il mit au jour son fameux *Examen des doctrines*. Certes, jamais on ne vit une plus frappante confirmation de cette loi, savoir que les plus petites causes peuvent quelquefois produire les plus grands effets. Ce fut, à ce qu'on raconte, la chute d'une pomme qui fournit à Newton l'occasion de son fameux système de l'attraction, et ce fut la chute du livre de M. Hernandez qui donna naissance au système de l'irritation. Qui connaît aujourd'hui le nom de celui qui fut, sans le savoir, la cause du premier ouvrage où ce système a été exposé?

Très-jeune encore, lorsqu'il publia son *Histoire des phlegmasies chroniques*, M. Broussais était arrivé à toute la maturité de l'âge lorsqu'il jeta les premiers fondements de la grande réforme qui porte son nom, et qu'on désigne aussi sous le nom de *Système de l'irritation* ou de *Doctrine physiologique*. Nouvel exemple qu'en médecine comme ailleurs, la jeunesse est l'âge privilégié des belles et des grandes choses. Alexandre avait fait la conquête du monde à trente ans; à trente ans, un autre Alexandre, parti de bien plus loin que le Macédonien, avait fait les immortelles campagnes d'Italie et d'Egypte ; il comptait à peine quarante ans lorsqu'il avait conquis un empire plus grand que celui de Charlemagne, et donné son nom à ce code immortel qui constitua, pour ainsi dire, la société civile de la France. A trente ans aussi, Bichat avait produit le *Traité des membranes*, les *Recherches sur la vie et la mort*, l'*Anatomie générale*, et avait ainsi conquis sa glorieuse immortalité.

Mais quels sont, demandera-t-on, les grands changements qui constituent la nouveauté du système de M. Broussais, et en quoi diffère-t-il et se rapproche-t-il des systèmes adoptés jusque-là ?

Les illustres réformateurs, les grands législateurs des sciences, forment une série continue, une succession logique et nécessaire ; de sorte que le dernier n'est réellement que le continuateur de celui qui l'a immédiatement précédé, et ainsi des autres ; ils se supposent les uns les autres. Telle est la loi constante à laquelle obéissent tous les événements majeurs dont se compose l'histoire bien entendue des progrès et des réformes scientifiques.

M. Broussais fut donc l'héritier naturel, légitime, j'ai presque dit prédestiné, de Bichat et de Pinel lui-même. Tous deux avaient préparé la révolution dont il fut le promoteur.

Au reste, M. Broussais se glorifie justement lui-même d'avoir marché sur les traces de Bichat, et c'est à cet immortel auteur qu'il emprunta cette épigraphe de son *Examen :* Qu'est l'observation si l'on ignore là où siége le mal?

Considéré sous son point de vue le plus général et le plus élevé, le système de M. Broussais consiste surtout à rallier à des lésions déterminées des organes, à localiser diverses maladies jusque-là étudiées comme des groupes de symptômes qui ne se rattachaient point aux organes, méthode nosologique à laquelle M. Broussais donna le nom d'ontologie médicale. Voici d'abord un très-beau passage relatif au principe que nous signalons :

« Les traits caractéristiques des maladies doivent être puisés dans la physiologie : formez un tableau aussi vrai qu'animé du malheureux livré aux angoisses de la douleur; débrouillez-moi, par une savante analyse, les cris souvent confus des organes souffrants; faites-moi connaître leurs influences réciproques; dirigez habilement mon attention vers le douloureux mobile du désordre universel qui frappe mes sens, afin que j'aille y porter avec sécurité le baume consolateur qui doit terminer cette scène déchirante : alors j'avouerai que vous êtes un homme de génie. Mais tant que vous vous bornerez à rassembler quelques traits saillants des désordres pathologiques pour en former des groupes intellectuels qui ne se rattachent point aux organes; tant que vous me défendrez de vérifier, par des rapprochements physiologiques, la vérité de toutes ces abstractions ; tant que vous n'aurez point rallié les désordres les plus violents aux lésions les moins prononcées, et même au degré d'action de chaque viscère, qui constitue l'état de parfaite santé, je dirai que vous n'avez point compris l'énigme de la nature vivante, et vos déclamations ne me feront pas plus d'effet que les cris de vos aveugles partisans. »

Considéré sous le point de vue nosologique, le système de M. Broussais se distingue particulièrement par les deux grands dogmes suivants : 1° la négation de l'essentialité des fièvres essentielles de Pinel, et leur localisation dans le tube digestif, à titre de phlegmasie aiguë de la membrane muqueuse ou folliculeuse de cet appareil; 2° le ralliement aux phlegmasies chroniques d'un bon nombre de lésions dites organiques et de certaines névroses.

Enfin, conformément à cette loi de Bichat que tout système nosologique reflue sur la thérapeutique, la doctrine de M. Broussais a profondément réagi sur cette dernière. Il a élargi l'application de la méthode antiphlogistique, et a surtout mis en honneur les émissions sanguines locales. Avoir substitué les sangsues et les émollients aux vomitifs, aux purgatifs, aux toniques et aux excitants dans le traitement des maladies dites fièvres essentielles, c'est assurément là une grande révolution thérapeutique, c'est avoir rendu à l'humanité un de ces signalés services dont la postérité reconnaissante doit conserver un éternel souvenir.

Si jamais doctrine médicale ne souleva contre son auteur une plus grande masse d'ennemis, jamais aussi, par une juste compensation, doctrine médicale n'excita de plus vif enthousiasme, et ne réunit sous la bannière de son chef une plus nombreuse armée d'élèves et de prosélytes. Telle était même l'immense renommée de M. Broussais dans les deux hémisphères que, comme à Boerrhaave, on aurait pu lui écrire : *à Broussais, en Europe.* Les serpents de l'envie sifflaient vainement autour de lui; ces sifflements se perdaient dans le concert d'applaudissements qui retentissaient à ses oreilles; les traits de la calomnie venaient expirer à ses pieds triomphants. On s'est beaucoup récrié, comme chacun sait, sur les formes un peu acerbes et tribunitiennes avec lesquelles M. Broussais discuta, dans son *Examen,* la doctrine d'un illustre nosographe qui avait été son premier maître; et plus tard on généralisa ce reproche avec une complaisance sans bornes : il semblait que, ne pouvant attaquer le fond, on voulût se rejeter sur la forme. Je ne prétendrai toutefois point que ce reproche ne repose sur aucune espèce de fondement. M. Broussais lui-même déclare, dans la préface de l'*Examen,* que sa critique sera vigoureuse, et il expose les raisons pour lesquelles il n'a pas cru devoir l'adoucir par des éloges accordés à la célébrité. Il ne se dissimula aucun des désagréments que pouvaient attirer sur lui les sanglantes blessures de tant d'amours-propres, et il prévit qu'il allait soulever contre lui les orages et les tempêtes. Je ne veux pas insister ici sur le point que nous examinons; mais qu'on n'oublie pas quelles puissantes résistances ont à vaincre les réformateurs en tout genre, qu'on tienne un compte sérieux des persécutions de toute espèce dont ils sont déchirés; qu'on se rappelle bien que, suivant une ingénieuse comparaison, la vérité est un coin qu'il faut faire entrer par le gros bout; qu'on pèse justement toutes choses, et l'on sera disposé à se montrer moins sévère envers ceux qui parlent haut et fort pour se faire entendre de la foule, et qui frappent d'une main ferme pour que les coups qu'ils portent à l'erreur ne soient pas entièrement perdus. En tout cas, et au risque d'être appelé tison d'enfer, il vaut mieux, dans l'espèce de guerre qui nous occupe, se servir des armes de Pascal que de celles de ses trop célèbres adversaires. C'est bien ainsi que l'entendit M. Broussais.

Pour ouvrir une nouvelle voie à l'émission de ses doctrines et pour avoir une tribune où il pût librement répondre à ses nombreux et puissants adversaires, M. Broussais fonda les *Annales de la*

Médecine physiologique, journal mensuel, qui, pendant dix années, eut un de ces succès auquel nul autre journal n'a pu depuis atteindre.

C'est dans ce recueil, plus encore que dans ses cours et dans ses ouvrages, qu'il soutint, en athlète d'une vigueur vraiment héroïque, cette ardente polémique, cette guerre systématique dont on ne cessait de le harceler. Ce n'est pas sur ses cendres à peine refroidies, et pour ainsi dire encore palpitantes, qu'il convient de dérouler le tableau des luttes passionnées dont le monde médical fut alors témoin. Laissons à l'équitable et impassible histoire le soin de juger en dernier ressort tout ce qui pourrait porter encore aujourd'hui le nom de personnalités.

Que les adversaires de M. Broussais soient assez punis de leurs attaques et par la vue des triomphes qu'il remporta durant sa vie, et par le spectacle de ces pompeuses funérailles, qui, si j'ose le dire, peuvent être considérées elles-mêmes comme un suprême triomphe, triomphe posthume qui couronne et sanctionne tous les autres.

M. Broussais brillait de toute sa gloire, et régnait en quelque sorte dans toute sa majesté, lorsqu'en 1823, à la suite d'un coup d'état tramé depuis longtemps dans l'ombre, plusieurs des plus illustres professeurs de la Faculté furent destitués et comme fructidorisés. On fit à M. Broussais l'honneur de ne pas le comprendre dans la fournée des nouveaux élus (1). C'était alors cependant qu'une école de médecine, formée véritablement de l'élite des médecins, se serait empressée d'ouvrir ses portes à ce glorieux et hardi réformateur.

Alors, en effet, il était dans toute la plénitude de la plus immense popularité; alors, son école, à lui, s'étendait dans les deux mondes, et il eût été reçu en triomphateur dans une école constituée de manière à absorber incessamment dans son sein les hommes les plus dignes de représenter l'époque médicale où ils vivent.

Mais pour que M. Broussais pût revêtir la robe professorale, et porter les palmes de l'Institut, il ne fallait rien moins qu'une nouvelle révolution politique. En effet, quelque temps après celle qui porte le nom de révolution de juillet, une chaire de pathologie et de thérapeutique générales fut créée, et M. Broussais l'occupa : c'était une justice bien tardive. A cette époque, ainsi que ce grand maître l'avait dit dans la troisième édition de son *Examen*, publiée en 1829, la doctrine physiologique avait vaincu. L'intronisation de M. Broussais à la Faculté de médecine fut donc comme la consécration de cette éclatante victoire.

Ainsi, bien convaincu du triomphe de sa doctrine médicale, M. Broussais, avide d'une gloire nouvelle, et jaloux de cueillir de nouveaux lauriers, s'élança dans la carrière de la philosophie proprement dite, et fit à ce qu'il appelait l'ontologie philosophique une guerre non moins vive que celle qu'il avait livrée à l'ontologie médicale. C'est alors qu'il fit paraître son *Essai sur l'irritation et la folie*. Dans cet ouvrage, que l'on doit considérer comme une simple profession de foi, plutôt que comme un véritable traité en matière de psychologie, mais qui est un chef-d'œuvre en son genre, éclatent une chaleur de style, une énergie d'expression, une vigueur de logique, une franchise et une intrépidité de pensée qui n'appartiennent qu'à M. Broussais. Ce même ouvrage abonde, d'ailleurs, en sentiments généreux, en intentions élevées, et plusieurs de ses pages étincèlent réellement des feux du génie. Ce n'est pas qu'il soit à l'abri de toute objection, exempt de toute espèce de tache (et quel livre en est exempt?); mais il serait trop long d'en offrir ici l'analyse. Nous ajouterons seulement que depuis longtemps la première édition du *Traité de l'irritation et de la folie* était épuisée, et que M. Broussais travaillait encore sans relâche à une seconde édition beaucoup plus étendue que la première, lorsque la mort est venue le frapper. C'était là en quelque sorte son dernier mot, son véritable testament médico-philosophique, et s'il eût pu prévoir une fin aussi prochaine, son plus grand regret, en quittant la vie, eût été, sans doute, de le laisser inachevé. Car il attachait un grand prix à la publication d'un ouvrage où devaient être largement exposées les études phrénologiques auxquelles il s'était livré avec toute l'ardeur qui le caractérisait, et qui avaient presqu'entièrement occupé les dernières années de sa laborieuse vie.

Dans tous ses ouvrages, comme aussi dans ses cours, M. Broussais, je ne saurais trop le redire, fit toujours preuve d'une indépendance et d'une intrépidité parfaites. L'agitation était pour ainsi dire son élément, et l'on pourrait le considérer comme l'O'Connell de notre époque médicale. Sans doute, ce grand agitateur médical possédait, à un haut degré, l'esprit d'organisation ; néanmoins, il possédait encore à un plus haut degré peut-être le génie révolutionnaire proprement dit, ce génie qui consiste à renverser les mauvais systèmes, les doctrines erronées. Homme politique, il eût marché sur les traces de Mirabeau, plutôt que sur celles de Napoléon; et puisque je trouve ici une occasion favorable de toucher un mot de ses opinions politiques, je dirai que le pays ne comptait pas un citoyen plus dévoué, plus

(1) Parmi ces élus se trouvait, je m'empresse de le dire, un homme d'un grand talent, et qui après M. Broussais, fut incontestablement le premier médecin de son époque : on voit que je veux parler de l'immortel auteur du *Traité de l'auscultation médiate*. Heureux s'il eût rendu à M. Broussais toute la justice qui lui était due !

jaloux de toutes ses libertés, plus fier de toutes ses gloires. Ceux qui ne l'ont pas connu sous ce nouveau rapport n'auront pas de peine à me croire, quand ils sauront que M. Broussais fut l'un des meilleurs amis de cet illustre général Foy, avec lequel il s'était lié pendant la trop funeste guerre d'Espagne.

Fondateur d'une ère médicale nouvelle, M. Broussais fut à la fois grand et profond observateur, grand philosophe, grand écrivain, professeur plein de feu, de mouvement et d'énergie. Assemblage extraordinaire et privilégié de tant et de si puissantes facultés morales et intellectuelles. M. Broussais avait été doué par la nature d'une organisation vigoureuse et fortement trempée. Ainsi, sous le double rapport du moral et du physique, il appartenait à cette race d'hommes qui semblent nés pour changer la face du monde. D'autres vous apprendront, messieurs, quels rapports existaient entre les facultés dont je viens de parler, et le développement des diverses parties de ce noble organe, à l'empire duquel la nature a soumis leur manifestation. Mais ce que tous ceux qui ont vu M. Broussais reconnaîtront avec moi, c'est que le sceau du génie le plus mâle et le plus hardi n'était pas moins empreint sur sa physionomie que sur son large front. Son œil était vif, perçant comme celui de l'aigle. Mais si l'expression de la physionomie de M. Broussais était belle, sévère, imposante dans l'état de calme, elle devenait vraiment magnifique lorsqu'il était agité d'un de ces emportements qu'excitaient dans son âme irritable et fière les injustes attaques de quelques-uns de ses adversaires. C'est alors qu'il y avait dans M. Broussais quelque chose qui rappelait la grande figure de Mirabeau : son regard étincelait, et lançait en quelque sorte la foudre.

Il ne fallait à M. Broussais rien moins qu'une robuste organisation pour résister aux immenses travaux qu'il a accomplis, et aux secousses morales qu'il a essuyées. Toutefois, il est mort avant d'avoir atteint l'âge auquel il aurait pu parvenir, si, comptant trop sur la vigueur de sa constitution, il n'eût, dans les premiers temps, négligé au dernier point la fatale et douloureuse maladie qui l'a conduit au tombeau. Il n'avait pas encore, en effet, terminé sa soixante-sixième année, et, jusqu'au dernier moment, il avait conservé l'intelligence la plus virile.

Sa mort ne nous semblait pas devoir être aussi prochaine lorsque, le 5 novembre, nous le vîmes assister à l'ouverture de notre école. C'est qu'effectivement il a été rapidement emporté par des accidents cérébraux qu'il n'était pas facile de prévoir.

Ce grand homme a sans doute assez vécu pour sa gloire ; mais hélas! il n'a pas assez longtemps vécu pour ses amis et ses admirateurs.

C'est par l'expression de ce profond regret que nous mettrons fin à ce discours. Recevez donc, illustre Broussais, les derniers adieux de cette Faculté dont vous étiez et l'orgueil et la gloire, et au sein de laquelle vous laissez un vide si difficile à combler; recevez-les par la voie de celui de vos élèves qui vous fut dévoué pendant votre vie, qui ne devait pas l'être moins sur votre tombe. Hélas! pourquoi cette voix n'a-t-elle pas des accents assez forts et des termes assez éloquents pour pleurer dignement une si grande perte!

Adieu donc, ô collègue, ô maître à jamais vénéré; reposez-vous donc dans cette tombe des immenses et longues fatigues d'une vie non moins agitée que glorieuse! Adieu! votre personne nous est à jamais ravie, mais votre immortalité nous reste et nous console.

Je ne puis cependant me séparer de vous avant de former un dernier vœu : puissent vos précieux restes, recevant les honneurs qui leur sont dus, être un jour transportés dans ce monument qui porte pour inscription : *Aux grands hommes la patrie reconnaissante*, et sur le fronton duquel la patriotique main du moderne Phidias, rassemblant heureusement les grands modèles de nos gloires diverses, sculpta, non loin des Mirabeau, des Manuel, des Bonaparte, Bichat expirant sur son champ de bataille, et le front couronné de l'immortel laurier du génie!

GAZETTE DES HÔPITAUX.—Déc. 1838.

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

—

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

SUR

L'EXPLORATION SYMPTOMATOLOGIQUE

DES

YEUX MALADES (1);

Par le docteur Ed. De Losen, membre correspondant.

Le diagnostic des maladies des yeux est, sans contredit, la partie la plus importante et la plus difficile de l'ophthalmologie : ce diagnostic ne peut s'acquérir qu'au moyen de l'exploration méthodique et symptomatologique de l'œil, à laquelle on a donné le nom d'*ophthalmoscopie*.

Deux espèces de symptômes doivent être distingués en pathologie. Les uns se rattachent quelquefois à des altérations organiques qui deviennent apparentes, d'autres fois à des lésions fonctionnelles qui sont en rapport direct avec des altérations organiques : on les appelle symptômes *objectifs*. Les autres ne consistent qu'en certaines sensations plus ou moins obscures que ressent le malade et que le médecin n'a aucun moyen d'apprécier : ce sont les symptômes *subjectifs*. Cette distinction est surtout applicable aux maladies ophthalmiques. De tous les organes, l'œil est celui qui, en raison de l'individualité élevée de chacun de ses tissus et de la séparation exacte des divers systèmes qui s'y rencontrent, se prête le plus à l'examen objectif. Nulle part ne se dessinent avec plus de clarté les symptômes morbides. Cet organe, en outre, se présente dans toutes ses dimensions au regard explorateur du médecin, de manière à permettre à celui-ci de pénétrer jusque dans ses parties les plus profondes, et d'y apercevoir les moindres changements. Un autre avantage de l'examen objectif dans les affections oculaires, c'est que le subjectif est trop incertain et donne facilement lieu à de graves erreurs. Le malade accuse les symptômes comme il se les figure, et non pas tels qu'ils sont réellement. On ne saurait croire quel pouvoir les maladies ophthalmiques ont sur l'imagination : cette influence domine même les hommes les plus raisonnables et les plus calmes, du moment qu'ils ont mal aux yeux.

L'œil et ses annexes étant en grande partie placés à la surface du corps, et cet organe étant composé d'humeurs diaphanes, l'ophthalmoscopie s'exerce en partie par la vue simple ou grandie par des instruments d'optique connus sous le nom d'ophthalmoscopes.

L'exploration manuelle concourt dans un grand nombre de cas à aider et même à rectifier l'exploration visuelle. Toutes deux demandent un ensemble d'actions méthodiques qui les mette en harmonie. Ainsi, on commence par voir et examiner avec soin, sans toucher l'organe, de crainte que le tact ne développe quelques phénomènes accessoires et étrangers à la maladie; une fois que l'on aura bien vu, l'on pourra passer à l'exploration manuelle.

La vue apprécie les couleurs des tissus, la forme de leurs vaisseaux, la transparence des humeurs, l'obscurcissement des milieux réfringents, les contractions des muscles et des organes doués de contractilité, le nombre et la configuration des produits anormaux, la quantité des organes qui manquent, la nature des sécrétions, enfin l'ensemble de l'appareil oculaire; cela à l'œil nu, ou aidé de puissances microscopiques, ou éclairé par des condensateurs de lumière, tels que les miroirs creux et les prismes.

(1) Présentées dans la séance du 6 août 1838.

Par le toucher manuel, on constate la résistance et l'ampleur du globe, les altérations dans la souplesse ou dans la consistance des tissus, des canaux, des glandes, du périoste de l'os ; on reconnait des produits anormaux ou traumatiques qui ont échappé à la vue ; enfin, on découvre des collections de fluide accumulé par l'engorgement des conduits, ou produit par des sécrétions anormales : cette exploration s'exerce avec la main seule, ou avec des instruments accessoires, tels que sondes, stylets, bougies.

Une précaution qu'il convient de prendre en examinant l'œil, c'est de placer le malade dans une situation convenable par rapport à la lumière, afin que l'œil ne réfléchisse pas l'image de l'observateur ; j'ai vu, en pareil cas, des personnes prétendre apercevoir une tache blanche, sautillant dans les chambres de l'œil, là où il n'y avait autre chose à voir que la réflexion de l'ongle du doigt qui abaissait la paupière inférieure. Il est donc essentiel, pour éviter cette méprise, que la lumière ne frappe l'œil que dans une seule direction. La lumière qui arrive de différents côtés à la fois, offre un autre inconvénient, c'est de produire de faux reflets qui donnent lieu à des illusions d'optique dans l'œil, d'où résultent de faux jours sur la cornée, dans la pupille et dans le fond de l'œil.

La lumière ordinaire du jour suffit le plus souvent; quelquefois cependant une clarté plus grande devient nécessaire : on l'obtient alors, soit en réfléchissant sur l'œil les rayons lumineux à l'aide d'une glace, soit en les concentrant au moyen d'une lentille suffisamment forte que l'on présente devant l'œil à une distance convenable ; mais ces moyens irritent et ne sont, par conséquent, pas sans inconvénients. On doit surtout éviter lorsqu'on se sert de lentilles fortes, que le jour tombe directement sur la rétine. Dans ces cas, il est bon de se rappeler qu'en éclairant fortement l'intérieur de l'œil, il perd toujours sa teinte noire et devient grisâtre, nébuleux ou verdâtre, ce qui pourrait induire en erreur. On peut, du reste, se passer de ces moyens dans la plupart des cas où l'on est appelé à examiner le fond de l'œil, en se servant d'une loupe ou de lunettes, et en ayant soin de dilater préalablement la pupille au moyen de préparations de belladone ou de jusquiame.

Il est des cas où, loin d'avoir recours à une lumière artificielle, nous sommes même obligés de modérer la lumière du jour ; il y a des yeux (ceux affectés d'ophthalmie scrofuleuse, par exemple), qui sont tellement sensibles à la lumière, que nous ne pouvons les examiner qu'à un demi-jour; d'autres, où le spasme des paupières est si fort que, lorsqu'il est essentiel d'examiner l'œil, nous ne pouvons le faire qu'après avoir combattu ce spasme par des moyens convenables ; d'autres enfin dont l'examen est empêché par un gonflement inflammatoire ou œdémateux des paupières, qui doit d'abord être combattu.

Pour placer convenablement par rapport au jour, à soi-même, l'œil que l'on veut explorer, il faut ordonner au malade de regarder fixement un objet mobile, dont on change la position jusqu'à ce que la direction de l'œil soit celle que l'on cherche au moyen de cet objet, un doigt, par exemple, qui sert de point de mire, et que l'on fait mouvoir en haut, en bas, à droite, à gauche, on peut diriger l'œil à volonté dans ces différents sens, comme si on le tenait au bout d'un cordon. S'agit-il de juger de la situation superficielle ou profonde d'un objet placé à l'extérieur ou à l'intérieur de l'œil, il ne faut pas se contenter de regarder ce globe de face, mais on doit encore l'examiner de côté. Reste-t-il encore quelque doute sur la position de l'objet, veut-on savoir s'il est placé devant ou derrière l'iris, dans le cas où il touche les bords de cette membrane, on fait alors changer le diamètre de la pupille, comme il a été dit plus haut ; et, si l'objet s'agrandit par l'élargissement de cette ouverture, on conclut qu'il doit nécessairement être placé derrière l'iris.

Avant de passer à l'exploration de l'œil même, le médecin, le dos tourné vers la fenêtre, placera le malade à une certaine distance, afin de pouvoir l'examiner convenablement dans son ensemble. Puis, le faisant marcher, il observera avec attention sa démarche, ses mouvements et son maintien : toutes circonstances souvent très-importantes pour le diagnostic.

L'individu, par exemple, qui est affecté de cataracte, a coutume de marcher la tête baissée ; il s'efforce, en poussant en avant les sourcils, d'ombrager les yeux, parce qu'alors les pupilles se dilatent, et qu'il peut mieux voir ; il évite toute lumière vive, et va toujours comme s'il cherchait les objets à terre. L'amaurotique, au contraire, s'avance la tête haute et le regard dirigé vers la lumière, comme s'il cherchait la clarté dont le stimulus le flatte, et éveille en lui l'idée de la vue. Les personnes à système nerveux irritable, ont quelque chose d'incertain dans le maintien; leurs mains tremblent ou se meuvent avec précipitation. Les onanistes sont inquiets et craintifs ; ils évitent le regard du médecin et n'offrent aucune assurance dans leur démarche ; leurs mains tremblent lorsqu'elles sont sans soutien, etc.

Ensuite on examinera toute l'habitude extérieure du malade, sa conformation, son teint, sa constitution, son degré d'embonpoint, son âge présumable, le rapport des parties isolées du corps entre elles ; on verra aussi s'il existe des vices organiques qui pourraient influer sur les yeux. Il est des affections oculaires que l'habitude extérieure du malade fait aisément reconnaître ; c'est ce qui a lieu surtout pour celles de nature abdominale ou scrofuleuse. En général, la plupart des affections cachexiques ou dyscrasiques impriment à l'ensemble de l'organisme un cachet qui revèle parfaitement leur caractère.

Chez les individus à tête petite et ramassée, à col

court, à constitution pléthorique, les maux d'yeux sont fréquemment d'espèce congestive ou compliqués d'états congestifs. Le malade est-il fort et chargé d'embonpoint, il faut savoir si cette disposition est son état de santé relatif, ou si elle est le produit de la maladie. Le professeur Jüngken a traité un ophthalmiste, chez lequel l'excès d'embonpoint, cause première de l'affection oculaire, était le résultat de l'usage de l'acide hydrocyanique.

La même observation doit aussi être faite chez les sujets maigres et épuisés : il faut, en outre, dans ce cas, bien distinguer si l'amaigrissement est dû à une affection générale qui aurait réagi sur les yeux, ou bien s'il est le résultat de la maladie locale, de l'ophthalmie et des moyens employés contre elle.

L'âge du malade mérite également d'être pris en considération. On ne supposera jamais, par exemple, d'affections de nature scrofuleuse chez un vieillard de 60 ans, ni de nature arthritique chez un jeune sujet de 15 ans. L'arthritis n'appartient qu'à la vieillesse ou à un corps usé avant le temps, tandis que les scrofules sont l'attribut de la jeunesse. Une pupille pâle et grisâtre, chez l'enfant, annonce un état pathologique de l'œil; elle est normale chez le vieillard. Dans l'enfance, la pupille doit paraître noire, car à cette époque de la vie le pigment noir est très-abondant; mais cette coloration s'efface avec l'âge, et dans la vieillesse où le pigment existe en quantité bien moindre, la pupille offre un aspect grisâtre à peu près comme dans une cataracte commençante. La conjonctive scléroticale de l'enfant est d'un blanc tirant sur le bleu ; celle du vieillard, au contraire, est rouge-jaunâtre et parsemée de vaisseaux variqueux et de caroncules (*Pinguicula*). La moindre sécrétion muqueuse qu'on observe à l'œil de l'enfant, est toujours un produit morbide, puisqu'à cet âge toutes les humeurs sont encore limpides et ténues ; le même phénomène est normal dans la vieillesse où les sécrétions sont plus visqueuses, plus muqueuses.

La couleur du visage doit aussi fixer notre attention : elle est rouge et accompagnée de l'injection des capillaires sous-cutanés dans les congestions vers la tête; terreuse, sale, dans les affections abdominales ; jaunâtre ou d'un gris jaune dans l'ictère; on observera, en outre, si la peau est saine ou si elle n'offre aucune trace d'affection locale, telle que des exanthèmes, des cicatrices, des ulcères, des dartres, etc.

On dirige ensuite son attention sur la situation des yeux, sur leur position plus ou moins superficielle ; on examinera s'ils sont rapprochés ou écartés l'un de l'autre, si tous deux sont parallèles ou enfoncés par un de leurs angles ; on observera aussi quelle est leur direction habituelle. On étudiera leurs rapports avec les arcades sourcilières, le nez et les paupières. On s'assurera de leur degré de tension, soit par la vue, soit en exerçant sur eux, au moyen des doigts, un léger refoulement. Quand le globe oculaire saillit outre mesure, il est de la dernière nécessité de chercher à reconnaître si c'est par une augmentation de volume de l'organe, ou par la présence d'une tumeur intra-orbitaire, par l'hyperémie de la glande lacrymale, ou par une exostose ou une périostose de la boîte osseuse qui le contenait : souvent, en pressant méthodiquement sur le bulbe, l'on voit se former autour de lui, dans le repli falciforme de la conjonctive, un bourrelet qui n'est autre chose qu'un liquide sécrété ou épanché au fond de l'orbite, et chassé en avant par la pression exercée sur l'organe. Dans le cas de renfoncement des yeux, il est bon de savoir si ce phénomène dépend d'un rapetissement pathologique du bulbe lui-même, ou de la diminution anormale des coussins graisseux logés dans l'orbite.

Passant ensuite à la manière dont le malade regarde, on examinera s'il tourne les yeux vers la lumière ou s'il les en détourne, si la lumière paraît lui causer une impression douloureuse, s'il dirige vers les objets les deux yeux à la fois, ou un seul, et, dans ce dernier cas, quel est l'œil qui diverge, si le strabisme appartient à la maladie, s'il n'en est qu'un symptôme ou un produit, ou bien si le malade a déjà louché antérieurement. On reconnaît que le strabisme n'est qu'un symptôme, lorsqu'il existe en même temps dans l'œil d'autres phénomènes morbides dus aux mêmes causes qui ont produit le mouvement vicieux des muscles oculaires.

On passe alors à l'exploration de toute la région environnante des paupières, surtout des parties situées au-dessus et au-dessous de ces voiles mobiles; car des cicatrices ou d'autres altérations de ces parties entraînent fréquemment des changements dans la situation des paupières et peuvent s'accompagner d'une lésion permanente des nerfs et des vaisseaux qui s'y distribuent.

Les paupières doivent être examinées d'abord fermées, puis ouvertes. Nombreux sont les points qui doivent fixer l'attention de l'explorateur : 1° L'ampleur de ces voiles mobiles et le degré de leur fente, l'étroitesse de celle-ci ou sa grande proportion ; l'étroitesse est-elle congénitale, accidentelle, le résultat de cicatrices, ou d'inflammations antérieures ou présentes, enfin d'une contraction spasmodique ou permanente des muscles, connue sous le nom de blépharospasme? 2° Leurs mouvements doivent être étudiés avec soin : Sont-ils lents, vifs, brefs, convulsifs ou paresseux ; leur éloignement est-il sympathique de l'affection de l'œil, ou indépendant ; l'action du blépharospasme a-t-elle produit dans le grand angle de l'œil un repli de la peau pendant en forme de sac, accident fréquent chez les vieillards et les enfants scrofuleux? 3° Noter la coloration, l'épaisseur des paupières, l'injection vasculaire de leurs tissus, la turgescence ou la flaccidité de leur peau ; examiner s'il n'y existe pas d'endurcissement partiel, général, œdémateux, phlegmaseux, furonculeux ; si elles ne sont point le siége de tumeurs logées dans leurs bords libres ou dans leur union avec l'orbite ; promener avec précaution les doigts

en divers sens : cet organe rencontre souvent des points saillants que l'œil a laissé échapper; 4° étudier l'action du muscle élévateur, comparée à celle de l'abaisseur, demander si le malade est myope, s'il contracte habituellement les paupières; 5° enfin, prendre une connaissance exacte de l'état des bords des paupières, pour savoir s'ils ne sont point renversés en dedans ou en dehors, s'ils sont unis, ou s'ils ne présentent pas des échancrures, des ulcérations, des excroissances, des cicatrices?

Les tarses méritent une attention toute spéciale dans l'examen de leurs bords, de leurs attaches, de leur position renversée en dedans ou en dehors, dans l'uniformité de leurs formes. L'examinateur se rendra compte de leurs rapports avec les bulbes, avec les glandes de Meïbomius; il cherchera à s'assurer s'il y a des cicatrices, des tumeurs, des brides, ou des ulcérations. Les tarses qui ont perdu leurs bords tranchants, qui sont rabougris et couverts de cicatrices rougeâtres, dénotent qu'il a existé antérieurement et pendant longtemps une blépharoadénite scrofuleuse.

L'examen de la longueur, de la grosseur, de la coloration des cils, de leur position, forme un point important de l'ophthalmoscopie : Il sera donc nécessaire de voir si au moment où les paupières s'ouvrent ou se ferment, les cils ne frottent point le globe de l'œil; si ce frottement est général, partiel ou limité à un ou plusieurs poils; si ce contact anormal est le produit d'une contraction musculaire, d'une cicatrice des tarses, d'une déviation des bulbes ou d'une tumeur. Quelquefois les cils sont si fins et d'une couleur si pâle, qu'on ne les remarque pas au premier aspect, mais seulement après l'examen le plus attentif. Il n'est pas rare non plus de trouver des cils dans les angles de l'œil; on en a même observé à l'angle interne entre la caroncule lacrymale et la membrane semi-lunaire, au-dessous même de celle-ci (Jüngken). On examinera si les cils sont agglutinés entre eux par une matière plastique en forme de croûte, dont la persistance peut donner lieu à une inflammation du globe oculaire; enfin, on verra s'ils ne dévient pas dans leur longueur.

L'examen des sécrétions oculaires mérite une attention toute particulière; car de la connaissance de leur nature résultent les données les plus importantes pour le diagnostic des maladies ophthalmiques. Ainsi, la sécrétion est-elle mucoso-purulente, et s'écoule-t-elle par torrents jusques sur la joue correspondante qu'elle irrite et corrode, elle annonce une blennorrhée de l'œil; est-elle muqueuse, plus ou moins abondante, plus douce, apercevable au grand angle de l'œil et à l'extrémité des cils où elle se concrète et apparaît sous la forme de petites écailles ou croûtes jaunâtres et peu adhérentes, elle dénote un état catarrhal des yeux; est-elle au contraire âcre, muqueuse, très-concrescible et forme-t-elle promptement au bord tarsal des paupières et à la base des cils, des croûtes grisâtres, dures et tenaces, elle nous fait reconnaître une affection scrofuleuse de l'œil; enfin, consiste-t-elle en une écume blanchâtre et peu abondante qui se rassemble au bord tarsal interne des paupières et dans les angles de l'œil, sans jamais former de croûtes, elle caractérise toutes les formes ophthalmiques qui ont pour base l'arthritis et la pléthore abdominale.

Le lieu où se fait la sécrétion est aussi très-important à connaître. A-t-elle son siége dans les angles de l'œil, ceux-ci sont couverts d'ulcérations, comme dans la cantitis catarrhale? Dans les cryptes sébacés, tout le bord des paupières apparaît comme érodé? Dans les glandes de Meïbomius, ces glandes se présentent le long du bord palpébral interne sous forme de gros cordons rouges et chargés de nodosités? Dans la glande lacrymale, on voit au lieu de mucus, des larmes limpides dont l'écoulement a lieu périodiquement? Dans le sac lacrymal, un mucus abondant mêlé de larmes s'aperçoit au grand angle de l'œil? Enfin dans la conjonctive elle-même, des flots de matières muqueuses s'échappent de l'œil; et à l'examen, on trouve la conjonctive changée en véritable membrane muqueuse, surtout dans ses plis.

Sous le rapport de la quantité, les sécrétions oculaires offrent également des différences marquées. Tantôt elles sont rares ou périodiques et le malade éprouve la sensation d'une sécheresse incommode dans l'œil; tantôt elles sont abondantes et s'échappent même par torrents. Ici on étudiera avec soin les rapports du fluide sécrété avec les autres phénomènes... La quantité de la sécrétion est-elle insolite, plus grande qu'elle n'a coutume de l'être dans les inflammations des yeux, on peut diagnostiquer une blépharo-blennorrhée.

Quant à la nature des sécrétions oculaires, elles consistent tantôt en des larmes limpides, comme dans les affections des tissus séreux et fibreux de l'œil, dans l'ophthalmie rhumatismale, par exemple; tantôt en des matières muqueuses comme dans toutes les inflammations des tissus muqueux et glanduleux de cet organe, dans les ophthalmies catarrhales et scrofuleuses. Tantôt le fluide sécrété, qu'il soit séreux ou muqueux, est doux et bénin, comme dans les ophthalmies idiopathiques et catarrhales; tantôt, comme dans les inflammations scrofuleuses, il est âcre, au point d'éroder toutes les parties avec lesquelles il est longtemps en contact. La plus âcre de toutes les sécrétions, est celle qui a lieu dans les blennorrhées de l'œil. Le degré d'acrimonie des sécrétions oculaires est aussi en rapport avec leur concrescibilité. Ainsi, plus le fluide sécrété est âcre, plus il a de la facilité à se coaguler à l'air atmosphérique, et à former aux bords palpébraux des croûtes dures et tenaces. Plus la sécrétion, au contraire, est bénigne, plus elle tarde à se concréter et s'éloigne des bords palpébraux; plus aussi les croûtes qu'elle forme sont larges, molles et jaunâtres.

Avant de passer à l'exploration des parties isolées de l'œil, il convient d'examiner avec soin le

rapport qui existe entre divers phénomènes qui s'offrent à notre vue : cet examen est aussi très-important pour le diagnostic. Plus tous les symptômes sont en rapport égal entre eux, plus l'inflammation est pure ; plus les causes ont dû être simples, plus le sol sur lequel elles paraissent, est intact. Dans les ophthalmies traumatiques chez des individus sains d'ailleurs, nous trouvons l'harmonie la plus parfaite entre tous les phénomènes morbides; ici point de symptôme qui s'élève aux dépens des autres ; tout marche uniformément, le progrès comme le déclin ; ces ophthalmies, en un mot, nous offrent l'image la plus pure de l'inflammation. Aussi le médecin sera-t-il en droit de soupçonner une forme inflammatoire, pure et idiopathique, là où il rencontrera cette complète harmonie. Mais vient-il à se mêler à l'inflammation quelque chose d'étrange dû à certaines causes, à certaines diathèses, à certaines constitutions, etc., tous les symptômes inflammatoires ne tardent pas à se désunir ; et bientôt nous verrons quelques-uns d'entre eux surgir et se développer aux dépens des autres. Où nous trouverons cette désharmonie, nous serons autorisés à supposer l'existence d'une inflammation spécifique. Ici, c'est la sécrétion qui est trop abondante ; là, c'est la photophobie qui prédomine, ou la douleur, ailleurs c'est la rougeur, la varicosité, etc.

Cet examen terminé, on passe à celui de la paroi interne des paupières, des replis de la conjonctive, des angles de l'œil et du bulbe lui-même. L'ouverture des paupières doit être faite avec beaucoup de précaution et sans dureté. On renverse suffisamment la paupière inférieure en dehors, en l'abaissant doucement avec le doigt appliqué sur sa face externe, et on fait en même temps tourner le globe oculaire en haut, afin de découvrir le repli que forme la conjonctive en passant de la paupière sur l'œil. S'agit-il d'explorer la face interne de la paupière supérieure, on la saisit doucement par un pli de la peau placé près de son bord, au moyen de deux doigts, de l'une ou des deux mains, et on la soulève en l'éloignant de la surface de l'œil, pendant que l'on fait abaisser celui-ci vers la joue. Pendant cette opération, la tête du malade doit être légèrement inclinée en arrière. Quelquefois, cependant, pour mieux voir la partie supérieure de la conjonctive, on est obligé de renverser la paupière; ce qui se pratique, soit avec les doigts seuls, soit au moyen d'une sonde ou de tout autre corps mince et allongé qu'on applique au-dessus du bord supérieur du cartilage tarse, tandis qu'avec les doigts, on saisit le bord de la paupière qu'on renverse alors avec le cartilage tarse. Cette opération est quelquefois douloureuse, et lorsque les paupières sont courtes, elle n'est pas toujours praticable. Dans ce cas comme dans tous ceux où l'examen de l'œil exige l'application du doigt, il faut avoir soin que les mains ne soient pas froides, ni souillées par la présence de substances médicamenteuses, ni surtout imprégnées de principes contagieux, afin de ne rien communiquer au malade. Les mêmes précautions seront prises par l'examinateur, pour lui-même, quand il touche des paupières suppurantes ou ulcérées.

Cette opération terminée, on examinera d'abord l'état de la paroi interne des paupières et du pli-conjonctival ; puis on s'assurera si la conjonctive offre une disposition normale, ou des altérations de structure. Ces altérations sont-elles dynamiques ou organiques ? Dans le premier cas, la conjonctive présente une surface lisse et brillante, pourvue de vaisseaux sanguins plus ou moins gros, d'une teinte plus ou moins foncée ; elle est en outre lubrifiée par du fluide lacrymal limpide, mêlé quelquefois à un peu de mucus qui provient des bords palpébraux. Existe-t-il, au contraire, des altérations organiques dans la conjonctive, on trouve cette membrane, non plus brillante, mais terne, dépourvue de tout appareil vasculaire, et surmontée de petites éminences semblables à des granulations commençantes; elle semble transformée en une véritable membrane muqueuse, et comme telle sécrète du mucus. L'altération est-elle encore plus profonde, l'épithélium est déjà détruit, et l'on n'aperçoit plus qu'une masse charnue. D'autres fois, la conjonctive est en partie détruite, et adhère à la conjonctive oculaire ; tous ces phénomènes sont importants à noter, car ils annoncent que de graves affections ont préexisté dans l'œil ou subsistent même encore.

En examinant les angles de l'œil, on aura soin de constater s'ils conservent leur disposition normale ; s'ils ne sont point le siége d'exanthèmes, d'ulcérations, de tumeurs, de cicatrices ou de corps étrangers. On rencontre quelquefois des cils à l'angle interne, au-dessous de la caroncule lacrymale et de la membrane semi-lunaire.

De là on passe à l'examen des voies lacrymales. Les points lacrymaux sont-ils tuméfiés, d'une rougeur anormale, étroits, larges, contractés, fendillés ou ulcérés, sont-ils convenablement dirigés vers l'œil ? Portent-ils des traces de cicatrices ? Enfin renferment-ils quelque corps étranger ? On engagera le malade à se boucher le nez et à fermer la bouche pendant qu'il pousse de l'air avec force dans l'intérieur des narines, afin de constater qu'ils sont perméables à celui-ci.

Pour ce qui concerne le sac lacrymal, il faut constater sa position, son état de vacuité ou de réplétion, la coloration de la peau qui le recouvre ; presser sur lui avec méthode pour savoir s'il reflue par les points et conduits lacrymaux, des larmes ou une sécrétion muqueuse ou purulente; rechercher avec soin s'il n'y existe aucune callosité, ulcération, fistule, concrétion, si le rebord du canal nasal n'est le siége d'aucune exostose, périostose ou tumeur.

La glande lacrymale est souvent le siége d'une tumeur ou d'une hydatide : chercher à reconnaître par le toucher si elle est plus volumineuse que de coutume, si elle déborde l'arc orbitaire, si elle sécrète beaucoup plus de larmes qu'à l'ordinaire, si cette sécrétion est nocturne, diurne, si elle a des

rapports avec l'action de la lumière sur l'œil ; enfin, si la sécrétion lacrymale est diminuée ou supprimée.

La caroncule lacrymale n'est-elle pas trop volumineuse, rouge, le siége de poils ou de granulations? n'existe-t-il point entre elle et la membrane clignotante ou rebord conjonctivien-falciforme, des corps étrangers ? Enfin la caroncule est-elle ulcérée, atrophiée ou manque-t-elle tout à fait ?

Quand après avoir examiné avec soin l'état de l'appareil lacrymal et que rien ne donne la raison de l'épiphora ou de la non perméabilité du canal, il faut alors examiner l'intérieur des narines afin de s'assurer si on n'en trouvera pas la cause dans un boursoufflement de la muqueuse nasale, dans une déviation du cornet ou dans la présence de polypes dans les narines ; enfin au moyen de la sonde de Gensoul on peut cathétériser la partie inférieure du canal.

On procède ensuite à l'examen du globe de l'œil, en commençant par la conjonctive oculaire et la sclérotique. Les vaisseaux de la première se reconnaissent à une injection plus foncée, à un trajet beaucoup plus étendu, à leur grosseur plus marquée, à leur position plus superficielle et à leur grande mobilité. Par leur facilité à s'étendre dans le tissu cellulaire lâche de la conjonctive, ils acquièrent quelquefois un volume très-considérable et deviennent même variqueux, d'où résulte pour le malade la sensation d'un corps étranger, d'un grain de sable, par exemple, engagé sous la paupière, le vaisseau sanguin agissant ici comme un véritable corps étranger.

Les vaisseaux de la sclérotique se distinguent de ceux de la conjonctive par une injection plus fine et plus pâle, par la petitesse de leur courbure et l'immobilité de leur position qui est aussi plus profonde.

Lorsqu'un développement des vaisseaux sanguins existe à la fois dans les deux membranes, on voit souvent ceux qui appartiennent à la plus superficielle, se déplacer dans les mouvements de l'œil en glissant sur les seconds.

C'est encore dans les cas d'altération de la conjonctive oculaire, que l'inspection latérale est souvent instructive, en ce qu'elle y fait découvrir des défectuosités, de petits ulcères, de petites excroissances qu'on n'avait pas aperçus, et qui se trouvent principalement dans la portion de cette membrane qui adhère plus fortement à la cornée, qui présente souvent alors des espèces de facettes, ou bien un aspect mat, presque velouté.

Un autre examen non moins important pour le diagnostic, est celui qui est relatif à la forme, la couleur et la direction de l'injection vasculaire de la conjonctive et de la sclérotique : sous ce rapport encore la nature a observé une régularité remarquable.

Ainsi la rougeur est pure et vive dans les ophthalmies traumatiques et idiopathiques, jaunâtre dans les catarrhales, bleuâtre ou violacée dans les scrofuleuses ; foncée (couleur d'acajou) dans les arthritiques, cuivreuse dans les syphilitiques, et dans les rhumatismales, plus pâle que dans les traumatiques.

Injection appartenant à l'ophthalmie catarrhale.

Dans le principe, vaisseaux parallèles, bien distincts prenant naissance au niveau du cartilage tarse, marchant directement vers le globe oculaire, en laissant entre eux des intervalles dans lesquels on n'aperçoit point de rougeur, franchissant les paupières et se terminant en bifurcations fines à quelque distance de la cornée. Plus tard ceux de ces vaisseaux qui, par leur situation, correspondent au cartilage tarse, se confondent, de sorte que dans ce point, la conjonctive se couvre d'un pointillé ou mieux encore d'un velouté rouge-carmin ; entre ce pointillé rouge et la partie inférieure de la paupière, il existe constamment une surface moins injectée, présentant une couleur rouge pâle jaunâtre. Telle est l'injection à laquelle on donne le nom de catarrhale ; elle se forme graduellement, de sorte que, dans son plus léger degré, elle est simplement constituée par quelques vaisseaux situés au niveau du cartilage tarse.

Injection appartenant à l'ophthalmie dite scrofuleuse.

État normal de quelques parties de la conjonctive ; en un ou plusieurs points de cette membrane, plaque triangulaire d'un rouge vermillon foncé, quelquefois pourpre, formée par des vaisseaux un peu gros, disposés parallèlement et en faisceaux anastomosés et présentant la terminaison la plus fine du côté de la paupière. La base de ce triangle touche la cornée et paraît dans un grand nombre de cas, surmontée d'une pustule jaunâtre qui se change presque toujours en une véritable ulcération superficielle. Le plus souvent cette injection commence par une très-petite surface rougeâtre affectant déjà une forme triangulaire.

Injection rhumatismale.

La sclérotique surtout en est le siége. Vaisseaux dont la couleur peut varier depuis le carmin pâle jusqu'au rouge vermillon, rectilignes, disposés parallèlement et sans anastomoses, formant autour de la cornée une véritable auréole de rayons dont la base touche cette membrane et dont la pointe très-déliée se termine finement à deux et même trois lignes sur la sclérotique. Au-dessus de cette injection scléroticale, la conjonctive présente aussi quelques vascularités, affectant à peu près les mêmes caractères ; ces vaisseaux cependant, sont plus gros, un peu flexueux, un peu anastomosés, et, par leur couleur, se rapprochent davantage du rouge cinabre.

un peu jaunâtre. Mais cette injection conjonctivale ne se manifeste presque jamais dans le principe.

Injection arthritique et abdominale.

Troncs vasculaires d'un rouge foncé, tortueux, dilatés et comme variqueux, commençant à la circonférence de la conjonctive scléroticale, s'arrêtant à quelque distance de la cornée, et se divisant en deux branches qui s'écartent à angle droit. Ces branches tantôt s'arrêtent brusquement, tantôt se rapprochent de celles qui appartiennent aux troncs voisins, forment avec elles des anastomoses et décrivent ainsi un cercle vasculeux très-fin, qui est séparé du bord de la cornée par un anneau blanc-bleuâtre très-étroit.

Injection syphilitique.

Injection d'un rouge cuivreux, formée par des vaisseaux très-fins de la conjonctive et de la sclérotique, qui se pressent vers la cornée, qu'ils ne touchent cependant pas, mais autour de laquelle ils s'anastomosent par des arcades très-déliées et forment un anneau rouge assez intense (1).

Tels sont les caractères vasculaires auxquels on peut, dans la grande majorité des cas, reconnaître toutes les ophthalmies spéciales. Mais quel est le lien qui unit telle forme d'injection à telle cause spéciale? Cette question est bien difficile à résoudre. Cependant, ainsi que l'a fait observer M. Sichel, cette injection et les autres phénomènes présentés par les différentes ophthalmies, trouveront probablement leur explication : 1° Dans les vaisseaux que presque chaque membrane reçoit d'un tronc différent; 2° dans les rapports de structure et de fonctions des diverses membranes avec certains systèmes et organes; 3° en ce que certaines membranes et parties de l'œil réputées simples parce qu'elles sont peu connues anatomiquement et physiologiquement, ont probablement une texture complexe. C'est ainsi que les variétés de forme de la pupille dans les iritis combinées, reposent vraisemblablement sur la structure composée de l'iris. Au reste peu importe l'explication : le fait existe, tout le monde peut le vérifier.

L'examen de l'injection vasculaire terminé, on s'assurera s'il n'existe pas d'autres altérations dans la conjonctive et dans la sclérotique; si, par exemple, il n'y a ni caroncules, ni ptérygions, ni hygroma, ni tumeurs enkystées, etc. Les tumeurs bleuâtres et circonscrites qu'on remarque dans la sclérotique, ont leur siége plus profondement et dénotent une affection de la choroïde, laquelle s'accompagne fréquemment d'amaurose. Ces tumeurs sont-elles situées autour de la cornée, elles proviennent alors du corps ciliaire, et la vue est quelquefois conservée. Enfin ces membranes offrent-elles des plaies, des ulcères, des cicatrices, etc., on notera avec soin leur nature et leur siége. Ainsi, par exemple, ces ulcères superficiels à fond lardacé et un peu proéminent, qu'on trouve dans la conjonctive scléroticale au bord de la cornée, sont de nature catarrhale : il en est de même des vésicules jaunâtres et transparentes qui apparaissent aux mêmes points.

On passe alors à la cornée qui doit être également examinée de face et de côté. C'est surtout dans ce cas que l'inspection latérale est importante, en ce qu'elle fait découvrir au centre de cette membrane des petites ulcérations, des corps étrangers, des granulations qui avaient échappé à l'observateur pendant qu'il examinait l'œil de face. On notera avec soin le degré de convexité et d'épaisseur de la cornée, le rapport de ces deux phénomènes entre eux. Tantôt ce rapport est égal, comme dans l'hyperkeratosis; tantôt l'épaisseur est moindre, c'est ce qui a lieu lors d'une accumulation insolite d'humeur aqueuse.

Existe-t-il des obscurcissements, on observera avec soin leur siége, leur nature et leur couleur. 1° Relativement à leur siége, on s'enquérera s'ils résident dans le feuillet conjonctival qui revêt la cornée ou dans l'épaisseur de cette dernière ou à sa face interne; ce dont on pourra s'assurer en examinant la cornée de côté, et sous différents reflets de lumière. Cette exploration doit être pratiquée

(1) Suivant M. Mackenzie (*Practical treatise on diseases of the Eye.* Second édit., London, 1834, pag. 395), les vaisseaux affectent dans les ophthalmies quatre formes distinctes, savoir : la *réticulaire*, la *zonulaire*, la *fasciculaire* et la *variqueuse*.

1. Le lacis, que l'on observe dans la première forme, a son siége dans la conjonctive; les vaisseaux qui le constituent sont proportionnellement larges et tortueux; ils s'anastomosent librement entre eux, et se déplacent facilement lorsque le doigt exerce des tractions sur les paupières. Cette forme caractérise la conjonctivite puro-muqueuse.

2. Dans l'inflammation zonulaire, les vaisseaux sont étroits, piliformes et peu flexueux; ils se dirigent en rayons séparés, vers la cornée, de manière à former autour d'elle, non plus un réseau, mais une auréole au-dessus de laquelle glisse facilement la conjonctive. Cette forme appartient à la sclérotite et à l'iritis.

3. Dans les formes précédentes, l'injection vasculaire couvre uniformément le globe oculaire; mais dans la fasciculaire, la rougeur occupe d'ordinaire un seul côté de l'œil, et ne consiste le plus souvent qu'en un petit nombre de vaisseaux qui se pressent vers la cornée, et se terminent par une phlyctène ou une pustule. Cette forme caractérise les diverses affections scrofuleuses de la conjonctive.

4. Quant à la forme variqueuse, elle est constituée par des vaisseaux larges et tortueux provenant de ceux qui appartiennent aux muscles droits; cette forme s'observe le plus fréquemment dans l'ophthalmie arthritique chronique et dans la choroïdite. Les vaisseaux en question sont des branches fournies par les sept troncs, savoir : une, par le droit externe, et deux par chacun des autres muscles droits; leur direction vers la cornée est visible dans chaque œil.

Ces quatre formes d'injection vasculaire sont, en général, parfaitement distinctes; quelquefois cependant elles sont confondues ensemble ou masquées par ce qu'on appelle chémosis ou œdème inflammatoire du tissu cellulaire sous-conjonctival, lequel soulève la conjonctive au point que cette membrane forme un bourrelet autour de la cornée, ou même une saillie considérable entre les paupières. Dans ce dernier cas, il est impossible de distinguer rien de la distribution particulière des vaisseaux. Dans les ophthalmies composées, telles que la catarrho-rhumatique, la pustulo-catarrhale, etc., on voit aussi deux ou plusieurs de ces quatre formes se combiner ensemble.

avec le plus grand soin, car ici les erreurs sont très-faciles. surtout lorsque l'œil est larmoyant.

2° *Nature des obscurcissements.* Proviennent-ils (*a*) de la cornée, ils sont ternes, d'un gris blanchâtre ou gris jaunâtre, à bords effacés ; la cornée présente dans le point obscurci un aspect poudreux, ou semblable à celui d'un verre dépoli, et de la conjonctive scléroticale partent plusieurs vaisseaux sanguins qui vont se perdre dans la taie ; (*b*) *d'exsudations*, suites d'inflammations antérieures, ils sont gris-blanchâtres, à limites exactement déterminées, et d'une surface lisse et luisante ; de (*c*) *cicatrices*, ils ne se distinguent des précédents dont ils offrent du reste tous les caractères, que par la perte de substance plus ou moins étendue qu'ils laissent dans la cornée ; ce qui fait paraître cette membrane comme usée, comme taillée en facettes. Ces cicatrices, en outre, ont une forme linéaire ou circulaire, suivant qu'elles résultent d'une blessure, ou d'un ulcère ; et dans ce dernier cas, elles varient selon le caractère même de l'ulcère. Ainsi elles sont très-étendues et accompagnées d'une grande perte de substance, dans les ulcères scrofuleux ; inégales, dentelées, fortement opaques, quelquefois calleuses, dans les ulcères arthritiques ; enfin ovales ou arrondies, larges et très-aplaties dans les syphilitiques ; (*d*) *d'ulcères*, ils forment des taches d'un gris terne, vers lesquelles se dirigent le plus souvent des vaisseaux sanguins dilatés, et qui s'accompagnent d'une perte de substance. Lorsque ces taches sont situées extérieurement, on aperçoit distinctement le fond sécréteur de l'ulcère et la perte de substance; occupent-elles, au contraire, la paroi interne de la cornée, la surface de cette membrane opposée au fond de l'ulcère est lisse et brillante; mais si on regarde l'œil de profil, on découvre alors l'orifice de l'ulcère situé à la paroi interne de la cornée et on aperçoit du pus dans la chambre antérieure ; (*e*) *d'abcès*, ils se caractérisent par des taches mattes d'un gris-jaune, ou même tout à fait jaunes avec tuméfaction et épaississement de cette partie de la cornée.

3° *Couleur des obscurcissements.* Les obscurcissements gris-blanchâtres sont le produit d'une exsudation lymphatique ; les jaunâtres sont dus à une exsudation purulente. Se manifeste-t-il, dans un obscurcissement blanchâtre, des taches bleuâtres d'une plus grande dimension, cela provient de ce que l'iris s'est engagée par une ouverture dans la cornée et a contracté des adhérences avec elle. Les petites taches arrondies et bleuâtres qu'on aperçoit dans la cornée, sont dues à l'introduction dans cette membrane de grains de poudre. Celles d'un rouge brun, au centre desquelles existe un petit point libre, sont produites par des étincelles métalliques qui ont sauté dans l'œil. Ces étincelles, en s'oxydant, donnent lieu à un petit escarre dont l'union avec l'oxyde forme un ciment très-solide qui, même après l'éloignement du corps étranger, reste logé dans la cornée.

On examinera ensuite si le trouble de la vision est en rapport avec le degré et le siége de l'obscurcissement, ou s'il est de nature à être attribué à d'autres causes.

Les *ulcères* de la cornée à leur tour réclament un examen des plus attentifs. On s'assurera donc avec soin de leur siége et de leur nature. Relativement à leur *siége*, s'ils sont *externes* ou *internes* ; ces derniers sont caractérisés par un obscurcissement au-dessus duquel la surface de la cornée est intacte, tandis qu'à la paroi interne de cette membrane on aperçoit une surface ulcérée dont le pus s'écoule dans la chambre antérieure (*faux hypopion*) ; relativement à leur nature, s'ils sont *idiopathiques* ou *spécifiques*. Les idiopathiques sont toujours la suite d'inflammations traumatiques. Dans le second cas, rechercher s'ils sont scrofuleux, arthritiques, syhilitiques, cancéreux. Les ulcères scrofuleux occupent d'ordinaire le centre de la cornée : ils sont arrondis, infundibuliformes, profonds, et d'une étendue médiocre ; leur fond est couvert de tissu cellulaire gangrené et d'une matière caséeuse blanchâtre ; au premier aspect, ils offrent la forme d'une tache blanche et proviennent de phlyctènes. Les *arthritiques* plus rapprochés du bord de la cornée, sont larges et profonds, calleux en certains points, d'un rouge foncé, à bords inégaux et renversés en dehors ; ils sécrètent une sanie ténue et proviennent d'abcès. Les *syphilitiques* situés également plus au bord de la cornée, sont profonds et entourés d'un cercle rouge très-prononcé ; ils offrent, en outre une forme arrondie ou ovale, des bords coupés à pic et un fond rempli de tissu cellulaire lardacé. Ils s'étendent rapidement en largeur et en profondeur, et résultent, comme les scrofuleux, de phlyctènes. Quant aux ulcères cancéreux, ils présentent, d'après Rosas (*Handbuch der augenheilkunde*, 1830 Bd. II s. 324), des bords rongés, entourés de vaisseaux variqueux et de fongosités rougeâtres; ces ulcères qui s'étendent d'abord en largeur, puis en profondeur, finissent par détruire infailliblement tout le globe oculaire.

L'examen de la cornée terminé, on passe à celui de la chambre antérieure, dont l'espace peut être agrandi ou diminué. Les causes de ces changements résident soit dans la cornée, soit dans l'iris, soit dans les parties situées derrière l'œil. Dans le premier cas, ils sont dus à une convexité ou à un aplatissement insolite de la cornée ; dans le second, on trouve l'iris enflammé, altéré dans sa texture et dans sa couleur tuméfié, et engagé dans la chambre antérieure, ou bien faisant saillie au dehors par suite d'adhérences partielles avec la cornée. Dans le troisième cas enfin, l'iris bien qu'intact, du reste, est fixe et immobile; souvent même, poussé par un obscurcissement situé immédiatement derrière lui, comme, par exemple, par le gonflement et l'obscurcissement du cristallin et de la capsule, il fait hernie à travers l'ouverture pupillaire dilatée. La chambre antérieure peut encore subir une augmen-

tation d'étendue par la procidence de l'iris dans la chambre postérieure. Cette membrane se trouve alors d'ordinaire dans une situation flottante, ce qui est surtout visible lorsqu'on fait mouvoir le globe de l'œil; cet état de l'iris s'observe souvent après des lésions mécaniques accidentelles, quelquefois même des opérations de cataracte; il succède toujours à la perte du cristallin. On examinera ensuite la qualité de l'humeur contenue dans la chambre antérieure, si elle est pure et limpide ou troublée par quelque mélange étranger. Les épanchements sanguins se reconnaissent à leur couleur rouge, les collections purulentes à leur couleur jaune; il est surtout important de rechercher l'origine de ces épanchements. Ils peuvent venir du dehors ou bien de la cornée et de l'iris, ou enfin de la chambre postérieure de l'œil; dans le premier cas, on trouvera une plaie ou un ulcère pénétrant; dans le second, la cornée et l'iris offriront des symptômes qui serviront à expliquer l'origine de l'extravasion; et dans le dernier cas, la pupille est obscurcie et l'on voit l'épanchement s'écouler par son ouverture. Lorsqu'il existe des collections purulentes, il est quelquefois difficile de discerner si le pus se trouve dans la cornée ou dans la chambre antérieure. Ce qui peut faire distinguer ces deux affections, c'est que la matière puriforme, enfermée dans la cornée, conserve toujours la même position, tandis qu'au contraire, dans le cas d'abcès de la chambre antérieure, le liquide mobile gagnant toujours le lieu le plus déclive, occupe l'espace triangulaire qui sépare la cornée de l'iris; et lorsqu'on fait incliner la tête latéralement, il se déplace dans le même sens en glissant dans ce sillon.

Dans quelques cas, l'humeur aqueuse paraît rougeâtre, et cependant l'iris seul est rouge; la cornée alors présente un reflet de cette couleur; tandis qu'au contraire un iris qui, de bleu est devenu vert, indique un changement de coloration de l'humeur aqueuse.

Des corps étrangers peuvent aussi pénétrer dans la chambre antérieure à la faveur d'une lésion traumatique de l'œil; quelquefois même on y a vu flotter, en partie ou en totalité, le cristallin ou sa capsule.

Dans certaines maladies ophthalmiques, l'humeur aqueuse subit une altération spéciale: c'est ce qu'on observe principalement dans les ophthalmies scorbutiques, où cette humeur devient tout à fait semblable au sérum du sang. Quelquefois il se forme dans les chambres de l'œil un épanchement de sang métastatique à la suite de la suppression d'une sécrétion sanguine normale, du flux hémorrhoïdal ou menstruel, par exemple. On passe alors à l'iris que l'on soumet à un examen des plus attentifs, et qui porte sur beaucoup de points. Les principaux ont trait à sa texture, à sa coloration, à ses formes, à sa position et à sa contractilité: 1° *Texture*. Les inflammations de l'iris se reconnaissent facilement au changement de structure de cette membrane qui paraît comme effacée, comme ramollie, la texture fibreuse a tout à fait disparu, et l'on dirait que l'iris a été transformé en une masse molle et pulpeuse; mais distingue-t-on encore la texture fibreuse de l'iris, on doit être assuré que cette membrane n'est pas gravement affectée ou ne l'est du moins que sympathiquement. 2° *Coloration*. On aura soin d'observer s'il n'existe pas dans quelques points de cette cloison mobile, une rougeur morbide qui décèle ordinairement l'existence d'une iritis. On portera surtout son attention sur le cercle vasculaire interne, qui rougit le plus souvent, et la plupart du temps en premier lieu. C'est quelquefois aussi sans inflammation que l'on rencontre un développement morbide des vaisseaux sanguins, comme on l'a remarqué dans certains cas d'hydrophthalmie et de fongus médullaire commençants. Outre la rougeur dont je viens de parler, on trouve quelquefois l'iris d'un blanc-grisâtre; ce qui a surtout lieu après les inflammations aiguës de cette membrane. Un prompt changement dans la coloration de l'iris, dénote en général une inflammation rapide; mais, dans ce cas, il importe d'examiner si l'humeur aqueuse n'a point elle-même subi une transformation de couleur, soit par l'épanchement de quelques gouttelettes de sang, soit par la résorption de la bile, circonstance notée par Frank. Un autre point important à examiner, c'est le ton de la coloration de l'iris. Cette membrane est-elle saine, sa coloration quelle qu'elle soit, présentera un ton décidé; dans le cas contraire, la coloration de l'iris sera indécise, terne et mêlée de gris, de jaune, de vert, ou même de rouge. Du reste, on ne perdra pas de vue qu'une coloration non uniforme de l'iris, n'est pas toujours un symptôme de maladie, puisqu'il n'est pas très-rare de voir des yeux dont l'iris est ainsi diversement nuancé, et présente, par exemple, un fond bleu, gris ou vert avec des segments bruns, blancs ou gris, ou verts plus ou moins larges. On observe encore très-souvent dans l'iris, une espèce particulière de petites taches jaunes ou brunes, dont la nature n'a pas encore été étudiée, et qui ne sauraient être regardées comme un résultat pathologique. 3° *Mobilité*. Est-elle diminuée, il faut en rechercher la cause. S'il existe des adhérences entre l'iris et la cornée, on les reconnaîtra aux symptômes que nous avons décrits plus haut. Quant aux adhérences de l'iris avec la capsule lenticulaire, on les distinguera à l'immobilité et au changement de couleur et de structure de l'iris, à l'endroit où a lieu l'adhérence. 4° Quant à la position de l'iris, il est nécessaire d'examiner si cette membrane est plane, convexe ou concave par sa face antérieure. Sa convexité indique une pression trop forte contre elle d'arrière en avant, qui peut être occasionnée par une augmentation excessive du corps vitré, du cristallin, de l'humeur de Morgagni, par des excroissances de la capsule ou une accumulation démesurée de l'humeur aqueuse dans la chambre postérieure seulement. Une disposition concave indique, au contraire, une dimi-

nution du volume de ces parties, un manque de tension du corps ciliaire, le plus fréquemment un amoindrissement ou une résorption complète, ou bien encore un déplacement du cristallin. En procédant à cet examen, il faut toujours tenir compte de l'âge du malade, car, chez les vieillards presbytes et chez les très-jeunes enfants, la face antérieure de l'iris présente une convexité non douteuse. Enfin, on observera s'il n'existe pas dans l'iris un balancement d'avant en arrière, principalement pendant les mouvements du malade. Ce sera ensuite le moment d'examiner le bord pupillaire de l'iris et la pupille. La pupille d'un œil sain a une forme circulaire; elle ne se trouve pas tout à fait au centre de l'iris, mais un peu plus vers le grand angle de l'œil, de manière que le bord interne de l'iris paraît plus étroit que l'externe. On trouve souvent dans les deux, des lésions, même sur des yeux tout à fait sains. Chez les personnes âgées, la pupille n'offre plus une forme parfaitement arrondie, sans que pour cela l'œil soit malade. Dans des obscurcissements chroniques qui occupent le centre de la cornée, il arrive souvent que la pupille abandonne sa position naturelle, pour se placer en face de la partie transparente de la cornée, comme si elle cherchait la lumière. Le signe le plus certain de la santé de l'œil consiste dans l'état normal de cet anneau noirâtre, de l'anneau pupillaire proprement dit, qui borne en dedans l'iris. Cet anneau est-il distinct et bien tranché, c'est une preuve que l'œil est sain. Car du moment qu'il existe une affection grave, surtout des parties profondes de l'œil, il disparaît en partie ou en totalité. La pupille est-elle rétrécie, anguleuse et tirée en haut et en dedans, on est sûr d'avoir affaire à une iritis syphilitique. Est-elle moins anguleuse et tirée en haut et en dehors, l'onanisme a influé sur les yeux. Offre-t-elle la forme d'un ovale couché ou vertical; est-elle, en outre, immobile, elle dénote l'arthritis. Est-elle immobile, sans avoir perdu sa forme naturelle, alors il existe une affection rhumatismale. Enfin, il est une foule de causes dont l'action, sur les yeux, altère la pupille d'une manière spéciale et caractéristique. La mobilité de la pupille doit aussi fixer l'attention de l'observateur; il faut l'étudier à différents degrés de clarté, quelquefois même en employant une lumière artificielle ou un ophthalmoscope réflecteur : on tiendra compte de la promptitude et de la lenteur avec laquelle les mouvements s'exécutent : s'ils cessent bientôt, ou bien si l'iris oscille pendant longtemps, enfin si la mobilité de la pupille est plus marquée d'un côté que de l'autre. Pour cela, il est nécessaire d'examiner un œil pendant que l'on tient l'autre recouvert de la paupière, que l'on élève ensuite brusquement en répétant ensuite la même manœuvre sur l'autre œil. Existe-t-il des adhérences entre le bord pupillaire et la capsule lenticulaire, la pupille, lorsqu'on ombragera l'œil de la main, ne se dilatera qu'aux endroits où elle est libre, d'où résultera pour elle une forme irrégulière; il en sera de même dans les cas où une portion de l'iris serait paralysée. Observe-t-on des exsudations au bord pupillaire, il faut étudier leur forme et leur nature qui est tantôt purulente, tantôt sanguine, tantôt lymphatique. Dans les ophthalmies rhumatismales et syphilitiques, ces exsudations se présentent sous forme de points ou de petits filaments, étendus du bord pupillaire de l'iris à la paroi antérieure de la capsule; mais elles sont blanchâtres dans le premier cas, et d'un rouge brun dans le second. On ne doit pas perdre de vue, non plus, la largeur de la pupille. Chez un malade qui ne voit plus que d'un seul œil, la pupille est beaucoup plus dilatée qu'elle n'a coutume de l'être à l'état normal. Cette grande dilatation se remarque aussi dans les taies centrales de la cornée, où l'obscurcissement ombrage en quelque sorte la pupille. Existe-t-il, au contraire, en pareil cas, un rétrécissement de la pupille, on doit supposer une altération des parties profondes de l'œil. Enfin, on fera aussi attention à la couleur de la pupille. D'un noir très-foncé chez les jeunes sujets, où le pigment noir existe en très-grande abondance, comme je l'ai dit plus haut, elle est grisâtre, ressemblant à une fumée, chez les personnes âgées; il semble que toute la cavité située derrière l'iris, soit remplie d'un brouillard grisâtre, sans qu'il y ait pour cela altération de la vision : ce phénomène n'est point un résultat pathologique, mais bien un changement naturel amené par le temps. On ne trouvera donc jamais dans la vieillesse la pupille aussi foncée que dans la jeunesse. On prendra, en même temps en considération que la teinte noire de la pupille dépend beaucoup du degré de lumière qui la frappe, ainsi que du degré de l'élargissement de cette ouverture. Ainsi, lorsque les deux pupilles sont d'inégale largeur, la plus dilatée doit offrir une teinte plus claire que l'autre; c'est ce qu'on observe lorsqu'on dilate artificiellement la pupille pour explorer les parties placées derrière l'iris : on la voit perdre de sa couleur à mesure qu'elle augmente en largeur, au point de prendre à la fin un aspect tout à fait terne, et ressemblant à une fumée. Il est important de ne pas perdre de vue ces changements, si l'on ne veut s'exposer à commettre de graves erreurs.

Mais souvent aussi la pupille présente des colorations pathologiques : elle peut être terne, grise, gris blanchâtre, gris jaunâtre, gris verdâtre, et ces colorations résultent de l'altération et de l'obscurcissement des parties situées derrière l'iris. Il est indispensable, en pareil cas, pour bien juger de l'état de l'œil, de considérer dès le commencement le rapport du trouble de la vision avec l'obscurcissement existant : cette considération acquiert plus d'importance encore lorsque l'altération de la vue n'est pas proportionnée au degré de l'obscurcissement; souvent celui-ci peut n'être que fort léger et le malade voir néanmoins plus mal qu'il ne le devrait d'après le symptôme local; c'est une preuve que les nerfs de l'œil doivent participer à l'affection.

Pour explorer les parties profondes de l'œil, il faut dilater la pupille; dans les cas simples, il suffit pour cela, d'ombrager la pupille avec la main, ou mieux encore de fermer l'autre œil; de cette façon, la pupille de l'œil resté ouvert se dilate au moins d'un tiers; mais elle revient immédiatement à son diamètre normal dès qu'on relève l'autre paupière. Mais lorsqu'on a besoin d'une dilatation plus forte, on a alors recours aux préparations de belladone ou de jusquiame, et surtout aux dernières, qui dans ces cas, méritent la préférence, parce que leur action est moins violente et moins prolongée.

Cette opération terminée, on n'oubliera pas que la pupille ne doit plus paraître noire; puis on observera la manière dont a lieu la dilatation, si elle est générale ou partielle; si ce dernier cas tient à des adhérences avec la capsule cristalline, et de quelle nature sont ces adhérences; enfin, quel aspect offre l'anneau pupillaire de l'iris après la dilatation?

Alors, on passe à l'examen du système lenticulaire, dont l'opacité constitue le caractère morbide.

L'opacité blanche, grise, jaunâtre, verdâtre ou d'un noir mat, située immédiatement derrière la pupille, convexe, tantôt uniforme, tantôt inégale, exactement circonscrite par un cercle noirâtre, sans altération de couleur de l'iris, et s'accompagnant d'une diminution proportionnelle de la vue, constitue la *cataracte* proprement dite.

Cette opacité s'est-elle développée lentement du centre à la circonférence, est-elle plus ou moins dense, d'un gris sale, blanchâtre, jaunâtre, quelquefois même rougeâtre, plus intense au centre et s'effaçant peu à peu vers les bords, très-éloignée de l'uvée, elle a son siége dans le cristallin (*cataracte cristalline* ou *lenticulaire*); lorsqu'au contraire, il se forme çà et là sur les bords, rarement au centre de la pupille, des points, des taches ou des stries blanches et brillantes comme du blanc de baleine, lesquelles se réunissent insensiblement pour former une opacité d'une blancheur frappante, plus intense à la périphérie qu'au centre, et offrant des interstices plus foncés ou d'un blanc véritablement éclatant, la capsule cristalline est le siége de la cataracte (*cataracte capsulaire*).

L'opacité, dans la cataracte capsulaire est-elle convexe, d'une couleur blanche comme de la craie, parsemée de taches ou de stries nacrées, et offrant parfois des formes arborescentes brunes, c'est la *capsule cristalline antérieure* qui est affectée; l'opacité, au contraire, est-elle concave, inégale, d'un gris blanchâtre, sans taches ou stries crétacées, et situées plus profondément, elle dénote une *cataracte capsulaire postérieure*. L'opacité est-elle dense et volumineuse, en partie crétacée, en partie nacrée et offrant deux couches distinctes et superposées, il y a obscurcissement simultané de la capsule et du cristallin (*cataracte capsulo-lenticulaire*).

Les divers changements qu'éprouve la cataracte capsulo-lenticulaire, donnent de nombreuses variétés d'aspect à la cataracte. C'est ainsi qu'on a dit que la cataracte était *marbrée* lorsque son opacité présente des marbrures, *fenêtrée*, lorsqu'il y a de petites séparations imitant les barreaux d'une fenêtre, ou bien *à trois* branches, lorsque le cristallin est partagé en 3 parties parfaitement égales par trois lignes blanches, ou bien *étoilée*, *ponctuée*. L'inflammation purulente, surtout chez les enfants, laisse souvent après elle une tache centrale à la capsule et au cristallin. Ces taches isolées ont encore fait diviser cette forme de cataracte en plusieurs variétés: telles sont la cataracte *mitoyenne* (*dimidiata*) dans laquelle la moitié du cristallin est opaque; la cataracte *trabéculaire* (*trabecularis*) lorsqu'une espèce de zone transversale ou oblique est étendue d'un côté à l'autre de la pupille, adhérente et déformée; la cataracte *pyramidale* (*pyramidalis*) lorsque l'opacité fait saillie dans la pupille et adhère au bord pupillaire; la cataracte *siliqueuse sèche* (*arida siliquosa*), lorsque la capsule sèche et ridée, renferme comme dans une coquille ou une cosse, le centre du cristallin desséché; la cataracte *branlante* (*tremula*) lorsque le cristallin détaché des adhérences qui le tiennent au corps ciliaire, vacille et se meut derrière la pupille pendant les mouvements généraux du corps et ceux de l'œil; la *cataracte flottante* (*cataracte natatilis*), lorsque le cristallin passe dans la chambre antérieure de l'œil; enfin la cataracte *putride* (*cataracta cum bursâ ichorem continente*), lorsqu'il existe un amas purulent enkysté entre le cristallin et la paroi postérieure de la capsule cristalline. Cette opacité est d'un jaune citron foncé.

L'opacité de l'humeur de Morgagni (*cataracte laiteuse* ou de *Morgagni*) est caractérisée par la couleur laiteuse qui, pendant le repos de l'œil, est plus intense à la partie la plus déclive, mais devient nuageuse dès que l'organe exerce des mouvements forts et rapides.

Ce qui caractérise encore les obscurcissements du système lenticulaire, c'est qu'indépendamment des symptômes que je viens de rapporter, l'altération de la vue est toujours en rapport exact avec le degré de l'opacité: ce qui démontre clairement que la cause de la cécité réside uniquement dans l'obstacle organique qui s'oppose au passage des rayons lumineux. Ainsi, dans la cataracte lenticulaire, la vue est moins altérée que dans la cataracte capsulo-lenticulaire; elle est meilleure à une faible clarté, le soir, ou quand le malade tourne le dos à la fenêtre qu'au grand jour, ce qui tient à la dilatation de la pupille qui a lieu dans le premier cas et qui laisse alors pénétrer des rayons lumineux par les bords du cristallin.

Dans l'inflammation du système lenticulaire, le volume du cristallin et de sa capsule devient souvent assez considérable pour que la paroi antérieure de la capsule cristalline touche l'iris et pousse même

cette membrane dans la chambre antérieure contre la cornée.

Lorsqu'avec des douleurs violentes et constantes dans la région sus-orbitaire, et un affaiblissement considérable de la vue, il se manifeste dans les parties les plus profondes de l'œil, une teinte verte, non uniforme, concave, qui passe plus tard au gris-pâle ou au gris-verdâtre, et enfin au vert foncé ou au gris-verdâtre foncé, on reconnait l'obscurcissement du corps vitré, ou *glaucôme*. Ce qui sert surtout à caractériser cette affection, c'est qu'elle s'accompagne toujours de celle de la rétine, et que l'altération de la vue n'est nullement en rapport avec le degré de l'opacité qui, du reste, n'est pas aussi intense que celle du cristallin. La pupille, en outre, est allongée transversalement et dilatée quelquefois au point qu'on n'aperçoit plus qu'un petit cercle formé par l'iris. Dans le cas d'inflammation, le volume du corps vitré s'augmente, et pousse dans la chambre antérieure avec l'iris le cristallin souvent encore transparent et sa capsule.

Il reste maintenant à examiner le fond de l'œil et les changements morbides qu'il peut offrir. Si pour cet examen, la lumière ordinaire du jour ne suffit pas, on aura alors recours soit à une loupe, soit à un petit miroir dont on fera réfléchir les rayons lumineux dans le fond de l'œil, comme il a déjà été dit plus haut. On s'assurera alors s'il n'existe pas sur la rétine des exsudations blanchâtres, de nature syphilitique, par exemple; si le fond de l'œil ne présente pas des végétations analogues au fongus médullaire, enfin si les artères centrales sont dilatées, ou fortement congestionnées, ce qu'on reconnait au reflet rougeâtre qu'elles jettent dans le fond de l'œil, reflet qu'il ne faut pas confondre avec celui qu'on observe dans les yeux des albinos.

Après que l'on a ainsi soigneusement examiné l'œil malade, on a enfin recours au *toucher*, afin de s'assurer d'une part, du degré de sensibilité de l'œil malade, et de l'autre, de l'élasticité du globe oculaire. A cet effet, l'œil étant fermé, on pose l'extrémité du doigt indicateur dans la région de l'angle externe, vers la paupière supérieure, et l'on presse doucement et à diverses reprises le globe de l'œil. Pour mieux apprécier l'état de l'œil malade, on peut en même temps opérer de même avec l'autre index sur l'œil sain, ou sur son propre œil si les deux yeux sont affectés. Tantôt l'élasticité est diminuée comme dans l'atrophie; tantôt elle est augmentée comme dans l'hydrophthalmie; dans le premier cas, le globe oculaire est mou et pâteux; dans le second, il est tendu, ferme et même dur. L'examen objectif, ou l'ophthalmoscopie, terminé, on passe alors, mais seulement alors, à l'examen subjectif, c'est-à-dire à l'examen propre du malade, lequel ne saurait être pratiqué d'une manière rationnelle et conforme, qu'après que l'ophthalmoscopie a fourni les indications nécessaires.

Pour retirer quelque fruit de l'examen subjectif, il faut y procéder par voie d'interrogation; mais on aura soin de poser les questions d'une manière précise et méthodique et de laisser le malade répondre aussi amplement et aussi exactement que possible. Ainsi, on s'informera d'abord de quoi le malade se plaint? Puis, depuis quand il souffre? S'il a déjà eu antérieurement des maux d'yeux, ou toute autre maladie, et dans quel rapport l'affection antérieure est avec l'ophthalmie actuelle? On se fera alors décrire les symptômes qui accompagnent le mal présent.

Sous le rapport des sensations qu'éprouve le malade, on tâchera d'apprendre d'une manière précise s'il ressent des douleurs; quand elles sont le plus fortes; si c'est le matin, le soir, la nuit; si elles ne se font sentir qu'à une vive lumière, etc.; si c'est seulement lorsqu'il ferme ou qu'il ouvre les paupières; quel est le siége de ces douleurs; quelle en est la nature; si elles sont lancinantes, brûlantes, tensives, pulsatives, prurigineuses (1). En même temps, il est nécessaire de prendre en considération la manière dont les malades rendent compte de leurs impressions; car, en général, ils expriment d'une manière vive et inquiète les sensations qu'ils éprouvent dans l'œil.

Quant à l'état de la vue, on doit examiner chaque œil en particulier. Il faut rechercher si l'exercice de cette fonction est altéré ou perdu; si l'altération est en rapport avec les symptômes existants, si elle dépend de ceux-ci ou d'une affection concomitante; si le malade voit les objets trop gros, ou trop petits, seulement à moitié, doubles, anguleux, se mouvant, tandis qu'ils sont en repos, bordés d'une espèce d'arc-en-ciel, et dans ce dernier cas, si cette auréole existe constamment ou seulement à une lumière artificielle, ou enfin uniquement, lorsque les yeux sont tenus pendant quelque temps ouverts. Le malade, surtout quand les objets sont petits, les distingue-t-il bien au premier coup d'œil, et les voit-il ensuite peu à peu s'entremêler et s'obscurcir? Ou bien au contraire, après un effort soutenu pour bien voir, deviennent-ils successivement plus distincts? La durée pendant laquelle l'œil voit d'une

(1) Mackenzie (loc. cit., p. 395) reconnait dans les ophthalmies deux sortes de douleur, dont l'une est propre aux affections de la conjonctive, et l'autre à celles de la sclérotique et de l'iris. La première est généralement comparée à la sensation que produiraient des grains de sable engagés sous les paupières : elle se fait le plus sentir pendant le jour, surtout le matin lorsque les yeux commencent à se mouvoir; la dernière, qui est pulsative, affecte la région circum-orbitaire aussi bien que l'œil lui-même; essentiellement nocturne, elle commence vers le soir, augmente d'intensité jusqu'au milieu de la nuit, et décroit vers le point du jour; presque nulle pendant le jour, elle ne manque pas de reprendre le soir à la même heure. Les ophthalmies avec douleur sablonneuse ou conjonctivale, se guérissent, en général, par des applications externes; celles, au contraire, qui s'accompagnent de la douleur pulsative ou circum-orbitaire exigent toujours la saignée.

manière précise, est-elle courte? Quel est l'état de la vue dans les différents moments de la journée? est-elle meilleure à une clarté vive ou à une lumière faible? Lorsque l'œil est placé en face de la lumière, ou bien lorsque celle-ci est placée derrière lui? A quelle distance la vue est-elle plus exacte, et l'espace dans lequel l'œil voit distinctement de petits objets, n'a-t-il que peu d'étendue? Le malade voit-il les couleurs telles qu'elles sont et que d'autres les voient? Ou bien les couleurs lui semblent-elles plus claires, de manière, par exemple, qu'il prenne le jaune pour du blanc, etc.? Ou bien, au contraire, les voit-il plus foncées, de manière à prendre, par exemple, le rouge foncé ou même le bleu pour du noir?

Il arrive très-souvent que le malade donne de faux renseignements, parce qu'il se trompe lui-même; mais les cas les plus fréquents sont ceux où les malades déclarent une cécité qui remonte à plusieurs années, comme n'existant que depuis un temps fort court; c'est ce qui arrive lorsque depuis longtemps affligés d'une perte complète ou d'une grande faiblesse de la vue d'un côté, ils l'ignoraient et ne s'en aperçoivent que quand, par hazard, il leur est arrivé de fermer l'œil sain, ou bien encore lorsque cet œil est devenu lui-même plus faible ou aveugle.

Dans un grand nombre de cas, il est nécessaire de soumettre le malade à quelques épreuves, tant pour s'assurer de l'état *actuel*, que dans le but de pouvoir plus tard apprécier exactement *la marche progressive ou rétrograde* de la maladie. De semblables essais se font, par exemple, avec une montre renversée ou qui n'est pas à l'heure, un livre, etc., ou bien avec des rubans ou des bandes de papier diversement nuancés. Les objets brillants, tels que des instruments d'acier, etc., donnent une mesure trompeuse, puisque, quand ils sont luisants, ils deviennent souvent trop peu distincts pour un œil faible, et que, dans le cas contraire, ils frappent peu la vue: c'est ce que m'ont appris diverses observations faites sur des individus opérés de la cataracte. On doit également faire des essais à différents degrés d'éloignement, et observer la durée pendant laquelle le malade voit distinctement lorsqu'il lit ou fait quelque autre exercice. Les expériences se feront en plaçant les objets devant et derrière la lumière. Enfin, dans ces essais, l'on doit, en général, ne pas négliger de comparer les deux yeux l'un avec l'autre, ce qui exige souvent que l'on couvre soigneusement l'un d'eux avec un bandeau.

Après quoi, passant à la recherche des causes de l'affection oculaire, on commencera par s'informer des occupations et de la profession du malade, circonstances dont la connaissance nous fournit souvent des éclaircissements étiologiques fort importants. On s'enquérera ensuite du temps des exacerbations et des rémissions de la maladie, de son cours général, continu ou périodique; des modifications que lui impriment les influences extérieures, telles que les changements de temps ou de température, du rapport de l'affection oculaire avec les autres systèmes et organes de l'économie animale, etc.

L'examen des symptômes subjectifs terminé à son tour, on les comparera avec les symptômes objectifs, et après avoir pesé avec soin leur rapport mutuel, on établira le diagnostic.

Avant de terminer, je ferai encore observer qu'on rencontre quelquefois des gens qui font passer à dessein l'état de leur vue, pour ce qu'elle n'est pas, et prétendent, avec des yeux sains, être myopes ou même complétement aveugles. C'est ce qu'on peut voir chez des individus qui cherchent à se soustraire au service militaire, ou qui, par paresse, veulent prolonger indéfiniment leur séjour dans les hôpitaux, etc. Dans les cas où les individus prétextent une cécité complète, on ne tardera pas à découvrir la vérité, en observant avec une attention déguisée la manière dont ils regardent et conduisent leurs pas (voyez plus haut, page 22) et comment ils parcourent sans tâtonnement des lieux qui leur sont inconnus. La meilleure preuve de leur tromperie, c'est de chercher à les surprendre par quelque objet frappant, par exemple, en leur présentant tout à coup, mais sans bruit et sans trop d'agitation, quelque chose de brillant, en avançant sur eux un couteau ou même le doigt, en réfléchissant inopinément sur leurs yeux la lumière d'un miroir, etc. Le faux aveugle fermera promptement les paupières, tandis que le véritable restera tranquille et les yeux ouverts. Mais il est souvent très-difficile d'arriver à la découverte de la vérité, lorsque les individus feignent une simple faiblesse de la vue, ou même la myopie; l'œil est un organe complaisant qui s'habitue à tout, même à l'usage des verres exclusivement destinés aux myopes. C'est dans ces cas qu'une longue observation est surtout nécessaire.

ÉD. DE LOSER. D. M.

Considérations sur la fièvre typhoïde, et principalement sur la détermination de ses caractères anatomiques essentiels; par M. VALLEIX, médecin du bureau central des hôpitaux.

Depuis plusieurs mois un très-grand nombre de fièvres typhoïdes se sont montrées dans Paris. Il serait difficile de dire, dès à présent, de combien ce nombre a surpassé celui qu'on avait coutume d'observer, les années précédentes, dans le même espace de temps; mais, à coup sûr, c'est rester au-dessous de la vérité que d'en fixer l'excédant à plus du triple. C'est en quelque sorte une petite épidémie. Tout porte à croire que de ce grand nombre de faits soumis à l'observation il va sortir plusieurs travaux intéressants et utiles, surtout sous le point de vue thérapeutique. On aura pu, en effet, mettre

en usage, avec une assez grande identité de toutes les circonstances importantes, les diverses modifications préconisées dans ces derniers temps. Aussi nous proposons-nous, dès que les documents suffisants auront paru, d'en donner une analyse exacte, et de rechercher avec soin si cette grande question thérapeutique est enfin résolue.

Mais avant de se demander si tel ou tel remède agit avec plus ou moins d'efficacité contre telle ou telle affection, on doit préalablement se poser la question suivante : Quels sont les caractères distinctifs de cette affection ? Qu'est-elle, et que n'est-elle pas ? Si l'on veut résoudre ce problème posé par Pitcairn : une maladie étant donnée, trouver le remède qui la guérit ou qui lui apporte quelques modifications favorables, il est évident que la détermination exacte de la première proposition est l'opération qu'il importe de faire la première. Prétendre le contraire, ce serait prétendre qu'on peut faire de la thérapeutique rigoureuse, sans savoir positivement quelle est la maladie qu'on a à traiter. Que dirait-on du chimiste qui, voulant démontrer l'action d'un corps sur un autre, ne serait pas certain qu'il agit sur le corps qu'il veut soumettre à son expérience à l'exclusion de tout autre ? Le médecin qui voudrait faire de la thérapeutique sans préciser les faits tomberait dans cette faute grossière, qui, il faut pourtant le reconnaître, a été commise un nombre incalculable de fois.

C'est donc pour nous, qui voulons dans peu consacrer un article de revue critique au traitement de la fièvre typhoïde, un véritable devoir que de rechercher dans les divers travaux publiés dans ces dernières années quels sont les caractères distinctifs de cette affection ; de nous assurer si ses caractères anatomiques sont constants ; s'ils peuvent manquer quelquefois ; s'ils ne varient pas suivant les contrées, comme plusieurs médecins semblent encore le croire. Cette question est de la plus haute importance ; car, si elle était résolue affirmativement, les différences qui existent entre la fièvre typhoïde et le typhus anglais et américain deviendrait infiniment moins grandes, et l'on pourrait se croire autorisé à les négliger. On sent dès lors combien la question du traitement changerait de face ; car il faudrait faire entrer en ligne de compte, et comme des fièvres typhoïdes sans lésions intestinales, non-seulement les cas isolés qui ont été cités en France, mais encore un nombre très-considérable de faits observés par les médecins étrangers.

C'est donc, en définitive, à déterminer, à l'aide des faits connus, la valeur de la lésion intestinale, que nous devons consacrer cet article. Est-elle ou n'est-elle pas nécessaire pour caractériser la fièvre typhoïde ? Et le traitement dirigé contre une affection qui ne porterait pas ce caractère, devrait-il être considéré comme adressé à une véritable fièvre typhoïde ? Peut-être, en nous entendant ainsi poser ces deux questions, nous reprochera-t-on une tendance trop anatomique; mais ce reproche n'en est pas un pour nous. Nous n'accordons pas à l'anatomie pathologique plus d'importance qu'elle n'en mérite ; nous pensons que les fonctions peuvent être altérées sans que les organes soient nécessairement altérés dans leur structure ; mais nous pensons aussi que lorsqu'une affection laisse, dans l'immense majorité des cas, des traces anatomiques bien déterminées, il faut y regarder attentivement avant de placer à un rang secondaire ces lésions de tissu, et examiner avec un soin tout particulier les faits cités en opposition à la règle générale, avant de leur donner gain de cause. Voyons donc 1° si, en France, on a réellement trouvé des fièvres typhoïdes sans lésions spéciales des plaques de Peyer ; 2° si le typhus d'Angleterre et d'Amérique est la même maladie que la fièvre typhoïde ; 3° si les lésions anatomiques de cette maladie se trouvent dans d'autres affections.

Quoique les altérations de l'intestin, dans certaines formes de fièvre, aient été passablement indiquées avant la publication de l'ouvrage de MM. Petit et Serre, c'est dans leur traité de la *fièvre entéro-mésentérique* qu'il faut en chercher une description un peu détaillée, quoique très-imparfaite encore. Mais l'ouvrage de ces deux médecins, pas plus que la clinique de M. Andral et les leçons de M. Bretonneau, ne peut nous servir pour la solution de cette question ; car, pour eux, la fièvre entéro-mésentérique et la dothinentérite ne constituaient point l'ensemble des fièvres ataxique, adynamique, bilieuse, putride, etc., des fièvres graves, en un mot; mais c'était une maladie qui pouvait exister concurremment avec les autres espèces de fièvres. Si nous nous autorisions de ce que nous ont fait connaître ces praticiens, on pourrait, avec juste raison, nous objecter que peut-être il était passé sous leurs yeux des fièvres graves sans lésions intestinales et auxquelles, par conséquent, ils n'avaient point donné le nom particulier de la maladie par eux décrite. Passons à des auteurs plus modernes.

C'est assurément un événement à jamais mémorable, dans l'histoire de la médecine, que celui du renversement des fièvres essentielles. Qui eût dit, il y a quelques années, que ces fièvres, si longtemps et si religieusement admises, si bien distinguées les unes des autres, si bien classifiées, dont les symptômes paraissaient si tranchés, seraient un jour, malgré leur apparence extérieure si différente, réunies et confondues dans une seule et unique affection, l'affection typhoïde ! Il était réservé à deux hommes de notre époque d'accomplir cette révolution ; car c'est réellement une révolution médicale. Ces deux

hommes sont Broussais et M. Louis. Certes, c'est par des chemins bien différents qu'ils sont arrivés tous les deux au même résultat. Le premier, ne jetant sur les faits qu'un regard superficiel, mais possédant au plus haut degré le talent de systématiser, avait deviné, bien plutôt que reconnu, l'unité de toutes ces fièvres graves, dont la diversité paraissait si bien établie. Il avait fait plus; il avait compris que toutes ces fièvres étaient dépendantes d'une lésion organique particulière et toujours la même, et cette lésion, il l'avait placée dans l'intestin. Mais là s'arrêta Broussais; au delà on ne trouve plus dans ce qu'il a écrit sur la gastro-entérite que de graves erreurs, et ce nom seul de gastro-entérite est déjà une erreur aujourd'hui bien démontrée.

M. Louis vint après Broussais; on pourrait croire que la théorie de son prédécesseur a dû beaucoup contribuer à le mettre sur la voie; on se tromperait pourtant beaucoup. Voulant tout soumettre à une observation détaillée, il lui importait peu qu'on eût telle ou telle opinion sur la nature de la maladie; qu'on plaçât la lésion caractéristique dans l'intestin ou ailleurs, ou même qu'on n'admît pas de lésion caractéristique; il avait compris qu'à l'étude de tous les symptômes pendant la vie il fallait joindre l'étude de tous les organes après la mort, et dès lors la vérité devait être le fruit de ses recherches. Aussi, dès que ces recherches parurent, la question, que Broussais, malgré son immense talent de discussion, avait laissée encore indécise, fut-elle définitivement jugée pour tous les bons esprits, et l'on vit que dans toutes ces fièvres, quelle que fût leur forme ou leur gravité, il y avait une seule et même lésion, mais une lésion bien différente de celle qu'avait indiquée Broussais. Dès le moment où cette vérité fut proclamée, et démontrée par un grand nombre de faits, on vit cesser l'incertitude qui depuis plusieurs années régnait sur cette grande question. Qu'on lise, pour s'en convaincre, ce qu'ont écrit avant et après cette époque les auteurs les plus connus, au nombre desquels nous citerons MM. Chomel, Andral, Bouillaud. Le premier, après avoir défendu la doctrine des fièvres essentielles dans toute sa pureté, se voit forcé par les faits à embrasser une opinion toute contraire. C'est en vain qu'il veut conserver quelques traits de ces anciennes formes auxquelles il a cru si longtemps; la force des choses l'emporte, et dans les observations recueillies sous ses propres yeux, vous voyez clairement la similitude des fièvres bilieuse, ataxique, adynamique, putride, et en un mot de toute la classe des fièvres graves : les diverses formes ne sont plus que de vieux souvenirs. Pour M. Andral, il n'y a plus qu'une entéro-mésentérite; et pour M. Bouillaud, qui, en 1826, avait écrit sur les fièvres dites essentielles, dont il avait fait plusieurs ordres, ayant des symptômes différents et des lésions différentes, il n'y a plus que l'entéro-mésentérite-typhoïde.

Il semble donc que l'accord le plus parfait règne sur ce point, et que la valeur de la lésion intestinale, de l'altération spéciale des glandes de Peyer, est établie sur des bases qu'on n'a point essayé d'ébranler; mais il n'en est rien. Un nombre immense de faits est venu depuis dix ans à l'appui des recherches de M. Louis, et, quand nous disons un nombre immense, nous sommes presque tenté de dire la totalité des faits. Cependant, il faut le reconnaître, il est quelques cas bien rares qui paraissent faire exception à une règle si générale; et ce sont ces cas rares qui ont servi de texte à ceux qui pensent que la lésion des plaques de Peyer n'est nullement caractéristique de l'affection typhoïde. Ce sont eux aussi que nous allons d'abord examiner.

Nous commencerons par les observations réunies par M. Andral et citées dans sa Clinique médicale (1). Mais avant de les passer en revue il importe de bien constater quelles sont les idées de cet auteur relativement à la *fièvre typhoïde*, et à ce qu'il appelle l'*état typhoïde*. La fièvre désignée par lui sous le nom d'entérite folliculeuse est proprement la fièvre typhoïde de MM. Louis et Chomel, la gastro-entérite de Broussais, l'entéro-mésentérite-typhoïde de M. Bouillaud; c'est une maladie distincte dans le cadre nosologique, et qui a des symptômes qui lui sont tout à fait propres. Mais cette affection a aussi des traits de ressemblance avec un certain nombre de cas des autres affections aiguës; or, ce sont justement les signes qui constituent ces traits de ressemblance qui étaient regardés, avant les recherches récentes, comme la caractérisant, et auxquels, pour cette raison, on avait donné le nom de symptômes typhoïdes. De là vient, n'en doutons pas, cette grande tendance qu'ont encore beaucoup de médecins à regarder comme des affections typhoïdes les phlegmasies aiguës dans lesquelles surviennent, tôt ou tard, la prostration, la stupeur, et surtout, chose singulière, la dureté de la langue et la fuliginosité des dents, qui, malgré leur importance secondaire, ont frappé un certain nombre d'esprits plus que tout autre symptôme. M. Andral ne tombe assurément pas dans cette erreur; mais voulant lier les idées présentes aux anciennes idées, il a conservé un *état typhoïde* qui n'est autre chose que l'ensemble des symptômes dont nous avons indiqué les principaux, survenant dans le cours d'une maladie fébrile. Quelque opinion que l'on puisse avoir sur cette manière d'envisager les faits, on conviendra que, pour la question qui nous occupe, tous les faits cités par M. Andral comme exemple de cet *état typhoïde*, sont entièrement indifférents, car nous n'avons à nous occuper que de l'affection typhoïde elle-même. Nous

(1) Tome I, p. 489 et suiv.

ne passerons donc en revue que les observations qu'il donne comme des exemples de *fièvre typhoïde* sans lésion intestinale.

Il a d'abord cité une observation de M. Bouillaud et deux de M. Louis, sur lesquelles nous reviendrons plus loin; puis une autre de M. Martinet (1) dont nous allons donner une courte analyse : « Il s'agit d'un garçon de quinze ans, qui, malade depuis vingt et un jours, avait eu de la douleur du ventre, du dévoiement, *un ictère consécutif, et ne s'était nullement plaint de la tête*. Conduit à l'Hôtel-Dieu, il eut du délire le soir même de son entrée; le lendemain il présenta les symptômes suivants :

« Décubitus en supination, affaissement général, assoupissement, *sensibilité diminuée*, rêvasseries, *yeux habituellement fermés; pupille dilatée, immobile; mouvements beaucoup moins libres que dans l'état naturel; le malade peut à peine soulever ses bras, surtout le gauche, qui retombe comme une masse; la paupière droite est demi-paralysée;* la tête un peu douloureuse, la parole lente et pénible, les réponses difficiles et rarement justes; *pouls rare (cinquante et une pulsations)*; chaleur naturelle; langue humide, un peu jaunâtre; bouche fétide; teinte jaune des conjonctives et du corps en général; lèvres fuligineuses; douleur du ventre, n'augmentant pas sensiblement par la pression. »

Tels sont les principaux symptômes présentés par le malade. Si à l'ouverture du sujet on eût trouvé la lésion caractéristique de l'affection typhoïde, on aurait dû nécessairement se dire que c'était un des cas les plus rares et les plus exceptionnels qu'on ait jamais rencontrés. Mais, ne trouvant pas la lésion, que devait-on en conclure, si ce n'est que rien, dans cette observation, ne prouve qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde? Il y a, sans doute, de l'affaissement, de l'assoupissement, des rêvasseries, de la fuliginosité des lèvres; mais tout cela est bien loin de suffire pour servir de base au diagnostic : tandis que, d'un autre côté, l'on a la marche de la maladie, qui n'est point celle de l'affection typhoïde. Dans les 21 premiers jours, ni céphalalgie, ni frissons, ni épistaxis; il n'est point fait mention de la faiblesse, et un ictère survient. Dans quel cas de fièvre typhoïde a-t-on vu toutes ces anomalies réunies? Dans l'état présent, nous trouvons la sensibilité diminuée; les yeux fermés; la pupille dilatée, immobile; la paralysie de la paupière droite et des membres; la lenteur du pouls. Enfin, pour terminer le tableau, nous n'aurions plus qu'à indiquer ce qui fut observé les jours suivants. On y verrait qu'après une amélioration de 24 heures, telle qu'on en rencontre souvent dans le cours d'une affection cérébrale, tous ces symptômes reviennent, qu'il s'y joint du coma, et que de plus la constipation est constatée.

Au reste, M. Andral lui-même a peine à admettre, dans ce cas, l'existence d'une fièvre typhoïde. Mais, dira-t-on, quelle était donc cette maladie? On n'a trouvé aucune lésion du cerveau, ce n'était donc pas une affection cérébrale, quoiqu'il existât beaucoup de symptômes cérébraux. Mais alors, dirons-nous à notre tour, pourquoi admettre l'existence d'une fièvre typhoïde, puisque non-seulement vous ne trouvez pas de lésions intestinales, mais encore vous êtes obligé de reconnaître, outre la présence d'un certain nombre de symptômes étrangers à la fièvre typhoïde, l'absence d'un plus grand nombre encore qui sont regardés par tout le monde comme de la plus haute importance. Ajoutons d'ailleurs que M. Martinet a recueilli cette observation en 1817, à une époque, par conséquent, où l'observation était beaucoup moins exacte qu'elle ne l'est aujourd'hui; qu'il se contente de dire que le cerveau et ses membranes étaient sains, ainsi que les intestins; laconisme d'autant plus à regretter qu'en pareille circonstance on ne saurait entrer dans trop de détails.

Quant aux observations fournies par M. Andral lui-même, elles sont assez nombreuses; voyons si elles sont concluantes.

Sous le titre de *Fièvres continues, liées à d'autres formes d'inflammation gastro-intestinale qu'à l'entérite folliculeuse* (1), il donne huit observations, recueillies presque toutes il y a un grand nombre d'années (1820), et qui sont loin d'être complètes. Dans la première, il s'agit d'un homme qui meurt 24 heures après son entrée à l'hôpital, sans qu'on ait aucun renseignement sur son compte, et pour tout symptôme typhoïde, il a un violent délire! Que conclure d'une pareille observation? Notons toutefois qu'on trouva dans l'intestin des plaques rouges peu nombreuses.

Dans le second cas, il est question d'un phthisique qui avant de mourir présente des phénomènes cérébraux : du strabisme, une dilatation de la pupille droite, une paralysie de la paupière supérieure. Est-ce là véritablement une fièvre typhoïde, ou une fièvre continue?

Le sujet de la troisième observation est un homme de 73 ans, usant avec excès de liqueurs alcooliques, qui fut pris d'abord de tremblement des lèvres, des membres thoraciques et de la langue; puis de délire, de convulsions tétaniques, de trismus, de respiration stertoreuse avec perte de connaissance et violents mouvements convulsifs des membres. — Jusque-là on pourrait hésiter entre un delirium tre-

(1) Cliniq., t. I, p. 217.

(1) Bibliothèque médicale, t. LXVI.

mens, un tétanos, des convulsions épileptiformes; mais assurément il n'y a rien de la fièvre typhoïde. Il est vrai qu'on nota les deux derniers jours des selles involontaires, des sueurs et des sudamina; mais ce sont là des symptômes qui, isolés ainsi, sont tout à fait insuffisants pour faire admettre l'affection typhoïde.

Dans le quatrième cas, nous trouvons un simple tétanos qu'on est fort surpris de rencontrer parmi les fièvres continues.

Le cinquième est jusqu'à présent celui qui présente le plus grand nombre de symptômes véritablement typhoïdes. Ainsi, céphalalgie et pesanteur de tête au début, étourdissements, tintements d'oreille, dévoiement; puis délire, appareil fébrile. Cet état se termina brusquement par la mort, au milieu des cris et des efforts musculaires, le quatrième jour de la maladie; terminaison fort rare assurément. Quoi qu'il en soit, la marche de l'affection est en faveur de la fièvre typhoïde : mais aussi on trouva dans le *dernier tiers de l'intestin grêle de nombreuses taches rouges*. Il est vrai que d'après M. Andral la muqueuse ne paraissait ni plus dense, ni plus molle, ni plus épaisse; mais en quel état était le tissu sous-muqueux? Il n'en est rien dit. Il est vrai aussi qu'il n'est point fait mention des plaques de Peyer; mais c'est précisément parce qu'il n'en est pas fait mention que nous sommes dans le doute sur le siége de ces taches. Nous prévoyons ici une objection. On ne manquera pas de nous dire : « Mais si les taches eussent été sur les plaques, l'observation l'indiquerait. » — Nous ne saurions accepter cette explication. Si M. Andral eût non pas précisé, mais seulement indiqué le siége des taches, nous serions tout à fait portés à l'en croire sur parole; mais en fait d'observation, et surtout quand il s'agit d'une lésion aussi importante que celle qui caractérise une maladie, on ne doit accepter comme positif que ce qui est positivement dit par l'auteur. Nous connaissons trop les omissions que peut faire l'esprit, même le plus attentif, pour agir autrement. Ainsi donc, à cette question : où siégeaient les taches rouges, il n'y a pas de réponse possible. Et cela est d'autant plus fâcheux, qu'une simple rougeur, existant le *quatrième jour* sur les plaques et *rien que sur les plaques*, serait sans doute regardée comme d'une importance majeure, si son siége eût été réellement fixé dans ce point isolé.

Dans la sixième observation, nous trouvons des motifs de doute de plusieurs espèces. 1° Il s'agit d'un sujet dont la maladie remontait déjà à 15 jours, et sur le compte duquel on ne peut avoir aucun renseignement; 2° il y eut une éruption de taches rouges, dont la description fort incomplète ne se rapporte pas parfaitement à l'éruption typhoïde; c'étaient, en effet, des taches rosées, ayant d'une demi-ligne à *trois lignes* de diamètre, fort abondantes sur la poitrine, le ventre, les membres supérieurs et inférieurs, *qui devinrent plus confluentes le lendemain*, et qui deux jours plus tard pâlirent *toutes ensemble*; 3° enfin, le tiers inférieur de l'intestin grêle était d'une rougeur livide et fortement contracté. Or, pour ceux qui ont l'habitude de l'anatomie pathologique, ce peu de mots n'indique pas suffisamment que toute l'attention désirable ait été apportée dans l'examen de l'intestin. On sait que dans les cas où cet organe est livide et rétracté, les lésions des plaques demandent un soin assez grand pour être découvertes; en sorte qu'en supposant même l'existence de la fièvre typhoïde, il ne serait pas prouvé que les lésions qui la caractérisent n'existaient pas.

Enfin, dans les deux derniers cas, nous voyons des exemples de pneumonie, dont la présence suffit pour expliquer le mouvement fébrile et, par suite, les symptômes auxquels on donne le nom de symptômes typhoïdes, et qui n'appartiennent pas plus à l'affection typhoïde qu'à plusieurs autres affections fébriles.

En résumé donc, sur huit cas, il n'y en a que deux dans lesquels on peut soupçonner l'existence de la maladie qui nous occupe, et ce sont précisément ceux qui offrent, à la fin de l'intestin grêle, des lésions beaucoup trop imparfaitement décrites. On ne peut donc raisonnablement faire usage de ces faits pour prouver que la fièvre typhoïde peut exister sans lésions des plaques de Peyer, et nous insistons sur ce point, parce que l'on s'est appuyé souvent sur ces observations pour soutenir cette manière de voir. Si M. Andral eût été moins préoccupé de cet *état typhoïde*, qu'on retrouve dans tant de maladies diverses, et qui, selon nous, ne mérite pas d'être considéré à part dans un ouvrage de clinique, il aurait laissé les tétanos, les phthisies, les varioles, etc., dans les chapitres où il traite de ces maladies, et toute confusion eût disparu. C'est un exemple d'une idée trop générale nuisant à l'exposition des faits particuliers.

Dans un autre article ayant pour titre : *Symptômes typhoïdes sans lésions appréciables par l'anatomie*, M. Andral rapporte trois observations dont nous devons tout d'abord éliminer les deux premières; car voici de quelle manière ils sont appréciés par l'auteur lui-même (1) : « Les différents cas que nous avons cités dans ce paragraphe étaient relatifs à une maladie qui avait une marche rapide, une durée fort courte, et dans laquelle les symptômes ataxiques et adynamiques se montraient dès le début et comme d'emblée. *Ces maladies n'ont plus la*

(1) Cliniq., t. I, p. 313.

physionomie de celles qui ont été désignées par MM. Chomel et Louis sous le nom de fièvres typhoïdes. »

Le troisième fait (1) est beaucoup plus important; car, ainsi que l'auteur le fait remarquer, non-seulement les symptômes, mais encore la marche de la maladie, paraissent se rapporter à l'affection typhoïde. L'âge du sujet (dix-neuf ans), son arrivée récente à Paris, sont des circonstances étiologiques favorables à cette opinion. Dans les premiers jours, la maladie présentait quelques doutes ; mais elle se dessina mieux plus tard, et l'on trouva chez ce malade, non plus seulement la prostration, mais le délire et la fuliginosité des dents, mais encore la diarrhée, le ballonnement du ventre, la douleur dans la région de la rate, les épistaxis.

Nous ne reprocherons pas à l'auteur d'avoir négligé quelques autres symptômes qui n'étaient pas sans importance, et nous reconnaîtrons avec lui que la physionomie de cette affection est celle de l'affection typhoïde. Or, on ne trouva à l'ouverture du corps qu'un ramollissement de la rate, et pas d'autre lésion, quoique les recherches fussent faites avec beaucoup d'exactitude. Voilà donc le premier fait que nous puissions rigoureusement admettre, et le seul qui puisse être réellement regardé comme constituant une exception. Ainsi, dans le nombre considérable des observations recueillies par M. Andral, nous n'en trouvons qu'une qui soit de nature à être opposée à ceux qui regardent la lésion spéciale des plaques de Peyer comme caractéristique.

C'est maintenant dans l'ouvrage de M. Louis lui-même qu'il nous faut chercher des faits analogues. L'article consacré aux cas que cet observateur a appelés affections typhoïdes simulées contient trois observations dans lesquelles on retrouve un bon nombre de symptômes typhoïdes, Mais, d'abord, les deux premiers présentaient une lésion qui paraissait avoir été le point de départ de tous les accidents ; ensuite dans un cas il avait manqué le météorisme, les taches roses lenticulaires, les sudamina, les épistaxis ; et, dans l'autre, de tous ces symptômes le météorisme fut le seul qui se montra. Il faut voir chez ces deux malades une simple phlegmasie, accompagnée de ce cortége de symptômes auquel M. Andral a donné le nom d'état typhoïde, et qui se rencontre dans des cas très-divers. Ces réflexions ne sauraient s'appliquer à la troisième observation, dans laquelle tous les symptômes se rapportaient si bien à la fièvre typhoïde, qu'on devait nécessairement s'attendre à en trouver les traces dans la lésion des follicules agminés ; cependant ceux-ci étaient parfaitement sains. M. Louis fait remarquer, il est vrai, que le sujet n'était mort que le cinquante-troisième jour, et que, chez un enfant (le sujet n'avait que 14 ans) l'altération avait pu disparaître plus promptement que chez les adultes, dont les plaques offraient encore des lésions à une époque aussi avancée de la maladie ; mais ce n'est là qu'une probabilité qui ne saurait nous suffire, et nous ajouterons ce cas à celui de M. Andral.

C'est dans son ouvrage sur les *fièvres dites essentielles* que M. Bouillaud aurait, suivant M. Andral, cité plusieurs exemples de fièvres adynamiques ou ataxiques « dans lesquelles le tube digestif n'avait présenté, après la mort, aucune espèce de lésion appréciable. » Mais notons d'abord que c'est du point de vue où il s'est placé que M. Andral a jugé les observations de M. Bouillaud. Ces fièvres adynamiques et ataxiques ne sont autre chose que des maladies très-diverses, accompagnées de ce que M. Andral appelle l'état typhoïde. M. Bouillaud, qui, à l'époque où il écrivit le Traité des fièvres essentielles, émettait des idées tout à fait semblables à celles que nous avons trouvées dans la Clinique de M. Andral, a rassemblé, dans son traité, un nombre considérable d'observations, parmi lesquelles on en trouve beaucoup qui méritent le nom de fièvre, mais parmi lesquelles aussi on en voit qui se rattachent à une phlébite, à un érysipèle gangréneux, etc. ; et on voit clairement qu'il n'établissait aucune démarcation entre ces dernières affections et de véritables fièvres typhoïdes qu'il réunissait sous le nom de fièvre adynamique. Il n'est donc pas étonnant que, dans un certain nombre de cas, il n'ait pas trouvé la lésion spéciale des plaques de Peyer. Tout dépend ici de la classification nosographique.

Ajoutons que la manière de voir de M. Bouillaud s'est évidemment modifiée dans ces dernières années. De toutes les formes que cet auteur avait admises dans son premier ouvrage, on n'en trouve plus sans sa Clinique médicale de la Charité que deux auxquelles il paraisse attacher quelque importance, c'est la gastro-duodénite, où la fièvre bilieuse, et l'entéro-mésentérite, ou la fièvre typhoïde proprement dite. Ce n'est pas ici le lieu de nous expliquer sur la fièvre bilieuse, ou gastro-duodénite ; remarquons seulement que les phlébites, les érysipèles, ont disparu. Aussi, depuis cette époque, la fièvre typhoïde ou l'entéro-mésentérite-typhoïde, la maladie en un mot dont nous parlons, a-t-elle toujours présenté à M. Bouillaud l'altération caractéristique des follicules.

De ce qui précède nous pouvons déjà tirer une conclusion importante. Si on regarde en effet, ainsi qu'on doit le faire, la fièvre typhoïde comme entièrement distincte des autres maladies, et si l'on rejette

---

(1) Ibid., p. 314.

des considérations beaucoup trop générales et propres seulement à replonger la pyrétologie dans la confusion d'où elle est sortie il y a quelques années, de tous les cas précédemment cités on n'en admettra que deux comme exemples *probables* d'affections typhoïdes sans lésion : l'un appartenant à M. Andral, et l'autre à M. Louis lui-même. Un très-petit nombre d'autres faits ont été publiés, dans le but de démontrer l'absence des lésions intestinales dans l'affection typhoïde; mais l'histoire n'en est pas assez détaillée pour qu'on puisse les examiner convenablement, et de cela même qu'ils échappent à toute critique par leur défaut d'explications suffisantes, il s'ensuit qu'ils perdent toute valeur.

Mais qu'il n'y ait qu'un très-petit nombre de faits propres à prouver que la lésion anatomique de la fièvre typhoïde n'est pas constante, ou qu'il y en ait beaucoup, cela ne change rien à la question, aux yeux de certains pathologistes; la lésion a pu manquer dans deux cas, elle pourra manquer dans dix et dans cent; ce n'est qu'une question de quantité ; telle est leur argumentation. Avant de se rendre à cette manière de raisonner, il faut voir si l'on doit nécessairement ranger les deux cas en question dans les fièvres typhoïdes.

Ici nous trouvons en présence deux médecins d'opinion opposée, MM. Louis et Dalmas. M. Louis, après avoir présenté son observation à laquelle il donne le tite d'*Affection typhoïde simulée*, et après s'être demandé en vain si les plaques de Peyer avaient été ou non altérées, ajoute : « Quoi qu'il en soit, quand le problème dont il s'agit serait résolu négativement, quand il serait démontré que les plaques elliptiques n'ont pas été altérées, ce fait ne diminuerait en rien la certitude des caractères anatomiques attribués à l'affection typhoïde, et ne prouverait nullement qu'elle est indépendante de l'altérafration des cryptes agminées de Peyer. N'a-t-on jamais vu, dans le jeune âge surtout (le sujet de l'observation n'avait que 14 ans) une affection en simuler une autre presque parfaitement? Et pourquoi n'arriverait-il pas dans l'affection typhoïde ce qui arrive dans d'autres maladies? Si un individu venant à succomber à une affection prise pour une péripneumonie, on n'en trouvait aucune trace à l'ouverture du corps, on ne soutiendrait pas, contre le témoignage des organes, que le sujet a éprouvé une péripneumonie ; on dirait que cette maladie a été simulée, que la véritable a été masquée; on n'en conclurait rien contre les caractères anatomiques de la péripneumonie. Ce qu'on ferait pour cette affection, il faut le faire pour celle qui nous occupe spécialement; sans quoi ce serait avoir deux mesures, et substituer le caprice à la raison. »

M. Dalmas est bien loin de partager cette manière de voir. Voici comment il s'exprime à ce sujet (1) : « Le nœud tout entier de cette question est dans les trois observations (nous avons vu qu'une seule est restée après examen) que M. Louis rapporte avec une bonne foi qu'on ne saurait trop louer, mais qu'il donne pour des affections typhoïdes simulées. Pour nous ce sont des affections typhoïdes légitimes. La grande raison de M. Louis, c'est que les glandes de Peyer étaient saines; mais, à notre avis, il argue de ce qui est en question. Vous vous proposez d'examiner si, dans le groupe des symptômes appelés fièvre typhoïde, etc., il y a une lésion constante; et lorsque la lésion qui s'est montrée le plus souvent vient à manquer, au lieu d'en tirer la conclusion qu'elle n'est point constante, vous en déduisez qu'il ne s'agissait pas alors de fièvre typhoïde, et cela parce que ce que vous appelez l'altération caractéristique manque; mais la question est précisément de savoir si cette altération est caractéristique ou ne l'est pas : nous croyons que cette manière de raisonner n'est pas rigoureuse. »

Quelque spécieuse que soit l'argumentation de M. Dalmas, nous ne pouvons entièrement nous y rendre. Si M. Louis n'avait pas pris la précaution d'établir sur un grand nombre de faits la valeur caractéristique de la lésion des plaques, avant de se décider à regarder le malade en question comme non atteint d'une véritable fièvre typhoïde; s'il s'était seulement borné à donner à cette lésion le nom de caractéristique, l'objection de M. Dalmas serait irréfutable. Mais M. Louis a fait tout le contraire, et c'est après avoir démontré la constance de la lésion, que, ne la trouvant pas dans un cas isolé, il a pensé qu'il avait été trompé par les apparences. Or, c'est ce qu'on fait tous les jours en pathologie. On croit avoir observé tous les symptômes du croup; on a été même sur le point de pratiquer la trachéotomie, comme le fait a eu lieu de la part de praticiens très-exercés : le sujet meurt, il n'y a pas de fausses membranes. Que dit-on alors? qu'il y avait croup sans fausse membrane? Non, certainement; mais que le croup a été simulé par une laryngite spasmodique striduleuse, et qu'il y a pseudo-croup; en un mot, que le diagnostic a été erroné. N'en fait-on pas de même pour l'ensemble des symptômes de la méningite, à la suite desquels on n'a pas trouvé l'inflammation des méninges? En chirurgie ne cite-t-on pas des cas dans lesquels tous les symptômes rationnels d'un calcul existant, et même les signes sensibles, entre autres le choc de la sonde contre un corps résistant, on a taillé les malades sans trouver de pierre? Quelle conclusion en a-t-on tirée? Que, dans certaines circonstances, les hommes les plus habiles sont nécessairement induits en erreur. Toute autre conclusion

(1) Journal hebdomadaire des sciences médicales, t. 1, page 599.

eût été inadmissible. Cette manière de raisonner est donc généralement admise pour toutes les maladies dans lesquelles le rapport intime entre l'altération organique et les symptômes a été mis hors de doute, et tel nous semble être le cas de la fièvre typhoïde après tous les travaux modernes.

Les faits ultérieurs sont d'ailleurs venus prouver que la manière dont M. Louis a interprété cette espèce d'anomalie est la bonne. Dix ans se sont passés depuis l'époque où M. Dalmas a élevé ses doutes, et depuis dix ans, malgré le nombre immense de fièvres typhoïdes dans lesquelles on a pu constater l'état de l'intestin, on n'a guère entendu parler de ces faits exceptionnels ; MM. Louis, Chomel, Bouillaud, n'en ont pas trouvé un seul. Est-il raisonnable d'admettre que si la fièvre typhoïde pouvait exister en l'absence de l'altération spéciale des follicules, on pût traverser un si grand nombre d'années sans que de tous côtés il arrivât de nombreux démentis aux résultats obtenus par M. Louis. De nos jours, les praticiens ont appris à mieux distinguer l'affection typhoïde de toutes les autres maladies fébriles, et de là vient, sans doute, que la constance de ses *lésions* ne se dément plus comme autrefois.

Poursuivant ses objections, M. Dalmas ajoute : « Vous dites que si l'on observait tous les symptômes de la péripneumomie aiguë sur un sujet, et qu'à l'ouverture du cadavre on trouvât le poumon sain, on dirait qu'il y avait péripneumonie simulée; je crois, moi, qu'il faudrait dire que, dans ce que nous appelons péripneumonie, les signes sur lesquels nous nous fondons pour dire que le poumon est malade sont faux.

Nous pensons que M. Dalmas va beaucoup trop loin. Prenons un exemple, non pas dans les suppositions, mais dans la réalité, dans ce qui a été observé et bien observé. On trouve dans la *Presse médicale* (1837) une observation de M. Grisolle, dans laquelle tous les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale sont clairement réunis. Dans la même année, un fait absolument semblable fut observé dans le service de M. Louis à la Pitié, l'hémiplégie dura jusqu'à la mort ; et à l'ouverture des cadavres, on eut beau chercher dans les plus petites portions du cerveau, on ne trouva absolument aucune lésion appréciable, pas plus que dans les membranes. Faut-il en conclure que les signes de l'hémorrhagie cérébrale sont faux? Cette pensée ne viendra à l'esprit de personne. On dira seulement que dans ces cas, comme dans les affections typhoïdes simulées, les apparences ont été tout à fait trompeuses, et l'on redoublera d'attention dans l'observation des malades, pour chercher quelque signe caché propre à faire éviter l'erreur.

En voilà assez, à notre avis, pour démontrer qu'en France, à moins que de nouveaux faits ne viennent contredire les anciens, la lésion spéciale des glandes de Peyer doit être regardée comme constante et caractéristique dans l'affection typhoïde ; et que, dans l'appréciation du traitement, on ne doit en aucune manière faire entrer les cas dans lesquels on trouve d'autres lésions, telles que phlébite, érysipèle phlegmoneux, etc., qui rendent à elles seules compte du mouvement fébrile et de l'état ataxique ou adynamique survenu dans son cours. C'est à la marche de la maladie que le praticien doit surtout demander les plus vives lumières.

Mais si, en France, on a trouvé un nombre excessivement faible de cas dans lesquels quelques médecins peuvent avoir vu des fièvres graves, sans lésion intestinale, il n'en a pas été de même en Angleterre et en Amérique. Les faits qui ont été observés dans ces deux pays ont été trop souvent cités par ceux qui n'admettent pas la constance de la lésion typhoïque pour que nous les passions sous silence; et comme le sujet est très important, nous voulons lui donner tous les développements convenables. Nous ferons donc dans le prochain numéro une revue générale de ce qui a été écrit de plus positif sur le *typhus fever* depuis que la fièvre typhoïde est bien connue, et nous verrons si on doit les regarder comme une seule et même maladie, ou comme deux affections bien distinctes.

ARCHIVES DE MÉDECINE. — Janvier 1838.

DES CONSTITUTIONS ÉRYSIPÉLATEUSES

Qui règnent habituellement à l'Hôtel-Dieu de Paris pendant certains mois de l'année, ou de l'érysipèle d'hôpital, considéré sous le point de vue chirurgical.

Par M. A. BOINET.

Parmi les complications très-nombreuses et très-graves qui accompagnent si souvent les plaies et les opérations à l'Hôtel-Dieu de Paris, il en est une surtout qui me paraît exiger l'attention des observateurs, à cause de sa grande fréquence et des ravages qu'elle exerce. Cette complication si commune et parfois si funeste est l'érysipèle. Cette affection règne, dans les salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, d'une manière épidémique pendant certaines saisons de l'année.

Dès mon entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Dupuytren, je fus étonné des accidents nombreux qui survenaient à la suite des opérations, des plaies les plus légères en apparence ; je pensai aussitôt à profiter d'une position si avantageuse et d'une occa-

sion si favorable, pour donner suite à quelques observations que j'avais déjà eu lieu de faire dans le cours de mes études médicales, et, pour observer plus attentivement et voir des choses que l'on ne peut voir que dans les hôpitaux. Le tableau effrayant des accidents qui naissent après les grandes opérations, la marche rapide qu'ils suivent dans leur développement, les morts promptes qu'ils occasionnent, ont fourni de tout temps aux praticiens les plus éclairés des sujets de méditation. Malgré tous ces efforts, il est difficile de trouver dans les auteurs, des descriptions détaillées de chacun de ces accidents: ceux qui en ont parlé n'ont fait que les indiquer.

Il est donc de la plus haute importance de jeter enfin quelque jour sur les causes qui produisent l'érysipèle, sur son siége, sur ses caractères, ses complications avec d'autres maladies, et d'essayer de le réduire à un traitement méthodique et facile. Nous ferons connaître en même temps les idées nouvelles de MM. Sanson et Blandin, sur la nature et le siége de l'érysipèle et le traitement particulier mis en usage par l'un de ces chirurgiens.

Jusqu'à présent l'on n'a rien établi de bien certain sur les causes de l'érysipèle; nous ne connaissons absolument rien sur les causes immédiates: les idées que l'on a sur les prédisposantes sont très-vagues; il n'y a que celles que l'on nomme excitantes qui soient mieux connues, mais ces causes sont tout à fait secondaires. Dans le plus grand nombre des cas, pour ne pas dire dans tous, l'érysipèle qui se développe dans les salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu semble dépendre intimement de l'état de l'économie, état qui dépendrait lui-même de plusieurs circonstances que nous indiquerons plus loin. Une preuve que l'érysipèle dépend de causes constitutionnelles, c'est que cette affection a lieu le plus souvent dans les mêmes saisons; elle se développe dans l'air infect des hôpitaux. Nous avons souvent remarqué que l'atmosphère impure dans laquelle vivent les malades a le singulier effet d'augmenter le sentiment de faiblesse et d'abattement qu'ils éprouvent toujours à un certain degré et dans certains cas.

Outre le mauvais air, beaucoup d'autres circonstances peuvent encore servir à produire l'érysipèle, comme une mauvaise nourriture, les dispositions fâcheuses du moral. D'ailleurs la recherche ou la détermination des causes qui ont produit un état pathologique donné est fort peu importante pour le but pratique de la médecine, lorsque ces causes ont cessé d'agir; car il ne faut remédier qu'à leurs effets; mais cette détermination est fort importante pour la médecine philosophique, attendu que si l'on connaissait bien les moyens de déterminer un état pathologique quelconque, il serait bien plus facile de détruire cette maladie.

Puisqu'il nous est impossible de savoir les causes et leur manière d'agir sur l'économie, nous nous contenterons alors de faire connaître les circonstances dans lesquelles nous avons vu l'érysipèle se développer le plus fréquemment; nous essaierons pourtant de dire, chemin faisant, l'influence marquée que ces circonstances ont constamment sur la production de ces épidémies d'érysipèle.

D'abord, je ne pense pas que l'érysipèle qui survient dans un hôpital à la suite d'une plaie ou d'une opération soit le résultat de cette plaie ou de cette opération; ou, du moins, si cette plaie et cette opération concourent à son développement, elles n'y ont qu'une part secondaire; c'est une cause occasionnelle qui suppose le concours d'une cause interne, d'une disposition particulière préexistante et que nous ne pouvons pas toujours apprécier. Nous avons vu constamment les symptômes généraux apparaître longtemps avant les symptômes locaux; ainsi toutes les fois qu'un individu devait être pris d'un érysipèle, il éprouvait des frissons, des horripilations, du malaise, des nausées, des envies de vomir, etc. A la vue de ces phénomènes, on pouvait sûrement annoncer une inflammation érysipélateuse dans une des parties du corps, le plus ordinairement dans les environs de la plaie. Cet érysipèle, que l'on pourrait considérer dans ces circonstances comme une éruption critique favorable apparaissait seulement vingt-quatre heures après l'existence des symptômes généraux, rarement avant et souvent plusieurs jours après. L'analogie frappante qu'il y a entre les symptômes généraux et locaux qui annoncent l'érysipèle, et ceux qui indiquent la résorption purulente, m'a souvent fait penser que cette espèce d'érysipèle n'était qu'une terminaison de la résorption purulente, l'économie faisant tous ses efforts pour se débarrasser de principes nuisibles. L'anatomie pathologique, d'après les recherches de M. Ribes, viendrait aussi appuyer cette opinion.

Pendant les mois où l'Hôtel-Dieu a le funeste avantage de donner l'érysipèle, l'application d'un vésicatoire ou de sangsues, chez des sujets en apparence bien portants, a souvent suffi pour faire naître cette affection. Dans ces cas assurément, le vésicatoire, les piqûres de sangsues, la cause externe en un mot, quelle que fût sa nature, n'était pas la cause nécessaire de l'érysipèle, elle n'en était que la cause occasionnelle; ainsi, peut-on supposer que les symptômes généraux précurseurs, comme les frissons, la fièvre, etc., soient la conséquence d'inflammation érysipélateuse elle-même, réagissant sur l'économie? je ne le pense pas, puisque cette inflammation n'existe pas encore, que déjà les symptômes généraux se sont manifestés; il faut donc chercher ailleurs la cause de ces phénomènes morbides.

Les endroits où un grand nombre d'hommes malades sont soumis aux mêmes impressions, soit

physiques, soit morales, sont les plus favorables au développement de cette maladie. L'Hôtel-Dieu de Paris n'offre que trop souvent le tableau de l'érysipèle avec toutes ses complications; on sait que cet hôpital est malsain, humide, en raison de sa position : aussi la maladie y est-elle fréquente, par l'effet des vapeurs au milieu desquelles vivent les malades. Situé sur les deux rives de la Seine, dont le cours est ralenti et le fond rendu vaseux par tous les égoûts situés au-dessus, il est exposé à l'influence de l'humidité et des gaz septiques. Les mois pendant lesquels l'érysipèle est le plus fréquent et épidémique à l'Hôtel-Dieu sont les mois de mars et avril; viennent ensuite les mois de septembre, octobre, août et novembre, quand ils sont humides. Pendant les saisons chaudes et sèches, les opérations y réussissent beaucoup mieux et les érysipèles y sont bien moins communs. J'ai remarqué encore qu'il y avait une certaine coïncidence entre les grandes crues de la Seine et l'apparition des érysipèles. Toutes les fois que la Seine s'accroît, elle se répand dans les caves de l'Hôtel-Dieu, et l'eau y séjourne pendant six semaines, deux mois, plus ou moins; alors et pendant tout le temps qu'elle met à s'écouler, on voit régner ces érysipèles, et tous les malades qui ont subi de grandes opérations succombent. Les malheureux qui viennent à l'Hôtel-Dieu à ces époques, ne peuvent se soustraire à l'influence de l'épidémie érysipélateuse; elle imprime aux ulcères, aux plaies, une marche lente et rétrograde, et le chirurgien perd bientôt tout espoir de guérison, si, par les efforts de l'art ou de la nature, le mal ne borne pas ses progrès.

Cette maladie est alors d'autant plus grave qu'elle attaque toute solution de continuité, depuis la plus légère égratignure jusqu'à la plus large plaie. Parmi les causes qui ont une influence générale sur les plaies, dans des lieux à grands rassemblements, l'air est, à coup sûr, l'agent le plus puissant. Les praticiens observateurs savent tous que ce principe ambiant, quelque pur qu'il soit, contrarie la guérison des plaies, lorsqu'elles en reçoivent trop souvent et trop longtemps le contact; or, combien ne doit-il pas leur être funeste lorsque cet élément de la vie est altéré dans ses combinaisons, et qu'il promène sur leur surperficie des gaz septiques et délétères? L'air des hôpitaux, par exemple, est constamment plus ou moins vicié, et procure quelquefois à ceux qui le respirent habituellement des incommodités plus ou moins grandes, selon les temps, les saisons, la constitution et la disposition individuelles.

De ce que je viens de dire on peut conclure que les causes générales sont; 1° la constitution régnante de l'atmosphère; 2° la position topographique de l'hôpital; 3° les passions tristes de l'âme; 4° le régime et les remèdes débilitants : le mode vicieux des pansements, et les causes locales sont les plaies elles-mêmes.

On ne peut nier que l'Hôtel-Dieu est un de ces établissements qu'un génie malfaisant semble habiter pour contrarier les efforts de ceux qui, par état, sont employés au soulagement de leurs maux. Dans la plupart des autres hôpitaux de la capitale, on ne remarque rien de semblable. M. le professeur Gerdy m'a dit n'avoir presque jamais vu d'érysipèle à Saint-Louis. Cependant, dans cet établissement j'ai vu, en 1837, dans le service de M. Jobert, plusieurs malades être affectés d'érysipèle en même temps. A la même époque, il régnait à l'Hôtel-Dieu une constitution érysipélateuse qui emportait les malades avec une rapidité effrayante. On ne remarquait rien de semblable dans les autres hôpitaux. A l'hôpital Necker, où je suis resté comme interne pendant une année, je n'ai jamais vu l'érysipèle régner d'une manière épidémique. Lorsque je réfléchis à l'influence pernicieuse qu'exercent à l'Hôtel-Dieu certaines saisons, certains vents, certaines conditions de la Seine, qu'elle soit débordée ou stagnante, je suis tenté d'admettre que l'influence terrible de cette localité enlève autant de malades que la maladie elle-même.

Le régime et les remèdes débilitants sont aussi des causes multipliées de l'érysipèle dans les hôpitaux, lorsqu'on en fait une application vicieuse. Les causes locales de l'érysipèle d'hôpital, ainsi qu'on devrait l'appeler, ou plutôt les causes secondaires, sont principalement la solution de continuité elle-même, ou tout ce qui peut avoir une influence immédiate ou directe sur cette plaie, de manière à y développer la maladie, par exemple, le mode vicieux des pansements. Cet article mérite des soins particuliers de la part du chirurgien et de ses élèves, parce que souvent la plus petite négligence sur cet objet détermine la maladie, et détruit en un instant le fruit des peines de plusieurs mois. Ainsi on a souvent lieu de se repentir d'avoir employé, par inadvertance ou par impéritie, des lotions faites avec un liquide qui a servi à laver les plaies de plusieurs autres malades; ou bien de n'avoir pas porté une grande attention sur le choix de la charpie ou des linges qu'on destine aux pansements. Ces objets sont souvent empreints de mauvaise odeur ou d'impuretés, et, en les appliquant sur la surface des plaies, on établit bientôt un mode de sensibilité opposé à celui qui est nécessaire à la guérison : la suppuration change de qualité, devient sanieuse et fétide; et, si cet état de choses continue, on ne tarde pas à voir paraître un érysipèle. J'ai remarqué souvent que des plaies soignées par des élèves inhabiles, et qui étaient comprimées trop durement par l'appareil, ou qui, étant pansées lentement, restaient exposées longtemps au contact de l'air, j'ai remarqué dis-je, que

ces défauts développaient des érysipèles. La douleur qui résultait de la compression, la gène qu'éprouvait le retour des fluides et l'absorption miasmatique, pouvaient être la cause de ces éruptions exanthématiques défavorables.

L'érysipèle d'hôpital peut reconnaître pour cause une seule ou plusieurs de celles que nous venons d'indiquer, mais le plus souvent elles agissent en même temps. Parmi les nombreux exemples que j'ai recueillis, en voici quelques-uns du mois de juin 1835, et des mois de mars et avril 1836.

Ulcère fongueux, érysipèle.

Salle Ste-Jeanne, n° 5.—Un individu jeune (vingt-cinq ans), d'une forte constitution, journalier nommé Lecoq Richard, entra le 11 mars 1835 pour un ulcère fongueux situé à la partie inférieure de la jambe droite. Ce jeune homme jouit ordinairement d'une bonne santé, et ne porte aucun signe de la constitution scrofuleuse. Son tempérament est sanguin.

Un autre petit abcès qui s'était formé sans cause connue à la partie interne du pied nécessite une petite incision le 26 juin : le 27 un érysipèle apparaît dans cette partie, et s'étend rapidement à la jambe; depuis plusieurs jours le malade éprouvait du malaise, et il éprouvait aussi des lassitudes, de l'inappétence, ce qu'il nous cachait dans la crainte d'être mis à la diète, ce qu'on avait déjà fait pour plusieurs malades de la salle qui pendant ces jours avaient été pris d'érysipèle sans cause connue.

Le malade dont nous rapportons l'histoire fut pris de frissons, puis de diarrhée pendant les premiers jours; l'érysipèle fit des progrès; des stries rougeâtres, des lignes rosées apparurent sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, jusque dans le pli de l'aine, où il y avait une teinte rosée; les deux systèmes veineux et lymphatiques paraissaient altérés; le malade fut aussi pris de nausées et d'envies de vomir.

Le 29 juin, l'érysipèle a fait des progrès, et est plus prononcé que la veille; la réaction est plus forte et le malade est prostré.

A cette occasion, M. Sanson nous fait remarquer que toutes fois que l'érysipèle attaque les environs de la tête, le tissu cellulaire sous-cutané, les émissions sanguines peuvent être employées avec succès; mais quand il n'y a que la peau, on peut recourir à la compression ; mais, ajoute ce professeur, ce moyen est dangereux dans l'érysipèle phlegmoneux, et dans tous les cas où la rougeur ne cède pas à la pression du doigt : elle peut alors déterminer promptement la gangrène par suite de l'étranglement. Appliquée seulement aux cas où il n'y a pas réaction, où la rougeur cède à la pression du doigt, la compression peut être utile. Le 30 juin, la compression a été faite, mais cessa le 1 juillet; un vésicatoire, vingt sangsues à la partie supérieure de la cuisse; sous l'influence de ce traitement et d'une bouteille d'eau de Sedlitz, la maladie a disparu.

Le malade est encore resté plusieurs mois pour son ulcère, qui a fini enfin par se cicatriser.

Plusieurs petits abcès superficiels à la cuisse et à la jambe; apparition de deux érysipèles dans l'espace de vingt-cinq jours.

Salle Ste-Jeanne, n° 27.—Un jeune homme de 17 ans, marinier, nommé Gilet, d'une constitution lymphatique, quoique le système musculaire fût assez développé, est entré le 26 mai, pour une tuméfaction du genou. Cet individu est né à Clychy-la-Garonne où il habite; il est accoutumé à des travaux pénibles. Pendant son séjour à l'hôpital, sept jours après son entrée, il est pris de frissons, de fièvre, malaise, sécheresse de la langue, etc. Un érysipèle se développe sur la cuisse et la jambe, et est suivi de trois petits abcès sous-cutanés, l'un situé à la partie interne et moyenne de la cuisse, l'autre à la partie interne du genou; le troisième, qui a été ouvert le 9 avril, est situé à la partie inférieure de la cuisse; celui du genou avait été ouvert deux jours auparavant, et celui de la cuisse six jours auparavant, il a été traité par les purgatifs, et était bien guéri, lorsque, le 21 avril, il est pris comme la première fois sans cause connue, de frissons, malaise, fièvre, etc. Un érysipèle se déclare sur la cuisse et la jambe. Il guérit, traité encore par les purgatifs, eau de Sedlitz.

Ongle rentré dans la chair, opération, érysipèle.

Salle Ste-Jeanne, n° 46.—Le 21 mars, le nommé Krestly (Louis-Gabriel), âgé de dix-huit ans, menuisier, d'une vigoureuse santé, d'une bonne constitution, demeurant rue Saint-Denis, où il est né, est entré pour un ongle rentré dans les chairs, qui a été opéré le lendemain de son entrée, le 4 avril; lorsqu'il est presque guéri, il est pris de céphalalgie, de frissons, malaise, etc., et un érysipèle se déclare autour de la plaie, qui va bien. Saignée, onces XV, eau de Sedlitz, guérison.

Orchite blennorrhagique, érysipèle de la face.

Salle Ste-Jeanne, n° 37.—Un individu d'une forte constitution, âgé de dix-neuf ans, est entré dans les premiers jours d'avril pour une orchite blennorrhagique et a été couché au numéro 37 de la salle Ste-Jeanne. Durant son séjour à l'hôpital, il est pris de tous les prodrômes que j'ai déjà indiqués : céphalalgie, inappétence, rougeur de la face, malaise, frissons, fièvre; un érysipèle de la face a lieu : le ma-

lade est traité par l'eau de Sedlitz ; il sort guéri le 18 ou le 20 avril.

Amaurose double syphilitique; érysipèle.

Salle Ste-Jeanne, n° 48. — Le nommé Guibourt, âgé de trente-huit ans, domestique, d'une constitution assez forte, était entré le 12 février pour la maladie que je viens de dire; il était soumis à un traitement syphilitique, et avait un séton au cou, qui suppurait. Le 6 avril, sans cause connue, un érysipèle envahit le cou, la face; il a éprouvé tous les symptômes que j'ai déjà énumérés. Cette nouvelle affection cède promptement à l'usage de l'eau de Sedlitz.

Rétrécissement du canal de l'urèthre.

Salle Ste-Jeanne, n° 46. — Le 16 janvier 1836, le nommé Saghtmann, âgé de cinquante et un ans, valet de chambre, entra à l'hôpital, où il est soumis à la méthode de dilatation progressive pour son rétrécissement. Cet homme d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, est pris dans les derniers jours du mois de mars de tous les symptômes avant-coureurs de l'érysipèle. Une bouteille d'eau de Sedlitz et une saignée données aussitôt arrêtent la marche de la maladie. Il sort parfaitement guéri le 6 avril. Il ne mettait plus de sondes depuis plusieurs jours, et serait sorti huit jours auparavant sans cette complication.

Salle Ste-Jeanne, n° 45. — Un individu est affecté de pustules syphilitiques plates à l'anus. Il est entré le 23 février, se nomme Lecène, Paul, a vingt-deux ans, d'une forte constitution. Il est pris d'érysipèle dans les premiers jours d'avril. Il guérit.

Salle Ste-Jeanne, n° 43 et 43 bis.—Deux individus ont succombé à l'érysipèle de la face et du cuir chevelu survenu chez le premier à la suite d'une opération de cancer à la lèvre, pratiquée dans les premiers jours d'avril. Il est mort huit ou dix jours après son entrée.

Salle Ste-Jeanne, n° 41. — Thomas, agent d'affaires, entré le 5 février, âgé de trente-neuf ans. Il est affecté de plaie, d'une plaie au pouce, et d'un épanchement pleurétique. Sa constitution est bilioso-sanguine. Il est pris d'érysipèle à peu près à la même époque.

Salle Ste-Jeanne, n° 51. — Un jeune homme de dix-sept ans, affecté de nécrose du tibia, et de plus d'une fracture de cuisse qu'il s'est faite à l'hôpital. Plusieurs abcès existent sur la partie antérieure de sa jambe. Il est à l'hôpital depuis longtemps; il est d'une constitution lymphatique. Il est pris à trois fois différentes d'érysipèles légers qui occupent tantôt la jambe, tantôt la cuisse, et disparaissent assez promptement à l'aide de l'eau de Sedlitz. Il est guéri de la fracture du fémur depuis plusieurs semaines, et n'est plus dans l'appareil, qui avait été du plâtre coulé.

Salle Ste-Jeanne, n° 38. — Un individu est affecté de varices. Il est également pris d'un érysipèle, combattu avantageusement par l'eau de Sedlitz.

Ablation d'un kyste sus-orbitaire. Plusieurs érysipèles. — Guérison.

Salle Ste-Jeanne, n° 23. — Le 24 février 1836, le nommé Gros-Jean, d'un tempérament éminemment sanguin, face très-colorée et animée, âgé de vingt-neuf ans, serrurier, entra pour la maladie que je viens d'indiquer, et fut opéré dans les premiers jours de mars. Il était presque guéri et sur le point de sortir de l'hôpital, lorsque, dans les derniers jours de mars, il est pris d'un érysipèle de la face et du front annoncé par un pouls plein, fort, fréquent, très-dur; langue sèche; soif vive; chaleur à la peau; face vivement colorée; céphalalgie intense; abattement extrême. Les ailes du nez, le contour du nez, ainsi que les yeux, offrent une teinte verdâtre. La langue est sale, couverte d'un enduit blanchâtre, assez épais. Le malade dit ressentir dans la bouche un goût douceâtre. Il y a inappétence complète, un peu de diarrhée. Il a des nausées et des envies de vomir, ce qui, d'ailleurs, se remarquait chez tous les malades qui étaient dans le même cas; courbature dans les jambes, où il éprouve de grande lassitudes. Emploi de l'eau de Sedlitz. Rémission de tous les symptômes.

Dans l'espace de quinze jours, il est pris trois fois des mêmes phénomènes. Pendant le jour il a un peu de rémission et se trouve mieux : mais chaque soir il y a de l'exacerbation très-vive; insomnie, inquiétudes dans les membres; inappétence, nausées, envies de vomir. Il est sorti guéri.

Maintenant que nous avons examiné les causes, et avant de nous occuper ici de la marche ordinaire de cette maladie, dans les circonstances où nous l'avons étudiée, et des modifications qu'elle fait subir aux plaies, il convient de rappeler les opinions nouvelles de MM. Sanson et Blandin sur la nature de cette maladie, sur son siége et les symptômes caractéristiques différents qu'elle offre dans ses diverses espèces. Selon beaucoup de médecins, le siége de l'érysipèle, dans le plus grand nombre des cas, est borné aux pupilles du derme, c'est-à-dire au système vasculaire et nerveux qui se ramifie à sa surface (*Dict. des Sc. méd.*, tom. XIII, pag. 225), et peut-être il est vrai que c'est là que commence la maladie dans certains cas; mais on ne peut pas douter que l'affection ne s'étende plus profondément, et n'affecte le tissu cellulaire sous-jacent, surtout dans l'érysipèle phlegmoneux. L'affection du tissu cellu-

laire est cependant alors très-différente de ce qu'elle est dans l'inflammation phlegmoneuse. Dans l'érysipèle on trouve rarement un pus louable renfermé dans une cavité circonscrite; et lorsqu'il s'y fait une sécrétion de matière purulente, on éprouve en comprimant la partie presque la même impression que fournirait une éponge, et dans ce cas le tissu cellulaire est fréquemment frappé de gangrène, ce qui, selon nous, dépendrait de l'inflammation des veines, tandis que dans l'inflammation phlegmoneuse le tissu cellulaire seul est enflammé.

Pour avoir des idées justes des différentes formes de l'érysipèle, il faut d'abord établir une bonne classification de ces affections. Celle de M. le professeur Sanson, qui est basée sur l'anatomie pathologique, me paraît préférable de beaucoup aux anciennes, qui ne reposaient, la plupart du temps, que sur les différents symptômes et la marche de la maladie.

M. Sanson divise l'érysipèle en trois espèces : l'érysipèle lymphatique, l'érysipèle veineux et l'érysipèle proprement dit. Ce professeur admet encore un quatrième érysipèle, qui débute par le tissu cellulaire, et qu'il nomme phlegmon érysipélateux. Cette dernière espèce n'est autre chose que le phlegmon diffus de Dupuytren. Cette division est fondée sur l'expérience et des observations exactes.

Suivant M. Sanson, dans l'érysipèle lymphatique veineux, soit que l'inflammation se propage du tissu cellulaire à la peau, ou de celle-ci au tissu cellulaire, chez les individus dont la peau est fine, blanche, délicate, sans que cependant ils soient toujours lymphatiques, on voit au côté interne des membres, sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, apparaître de petites stries d'une belle couleur rose vif, ondulées, parallèles entre elles, douloureuses à la pression, et situées dans l'épaisseur de la peau; elles augmentent bientôt de volume, acquièrent une demi-ligne de diamètre, se multiplient, s'anastomosent et forment ainsi un réseau à larges mailles, qui peu à peu deviennent plus nombreuses, plus rétrécies, et finissent enfin par se toucher, se confondre et constituer enfin une plaque rouge qui diffère de celle de l'érysipèle proprement dit par la vivacité de sa couleur. Les caractères que je viens d'indiquer sont ceux de l'érysipèle lymphatique simple; mais plus tard la peau devient lisse et tendue, le membre augmente de volume d'une manière considérable; la douleur est pongitive et pulsative, les ganglions voisins s'engorgent et deviennent douloureux à la moindre pression, au plus petit mouvement. La chaleur générale s'élève et devient mordicante; le pouls est vif, fréquent, serré, tendu; la tête se prend, et le délire survient, délire caractérisé par une agitation violente et quelquefois par des transports furieux. Dans la très-grande majorité des cas, cette forme, que M. Sanson appelle *érysipèle phlegmoneux lymphatique*, marche avec rapidité, et se termine, quoi qu'on fasse, par suppuration et même par la destruction complète du tissu cellulaire sous-cutané. M. Sanson en a vu plusieurs exemples, et en cite un entre autres où la peau de la jambe, entièrement dépourvue de tissu cellulaire, dans l'étendue environ d'un pied, servait pour ainsi dire de bas aux parties sous-jacentes. Malgré l'étendue et la gravité de cette affection, le malade guérit néanmoins. Il est des cas rares où l'érysipèle lymphatique se développe et parcourt toutes ses périodes sans s'accompagner de symptômes généraux : j'en ai observé plusieurs cas très-remarquables. Le cas suivant en est un exemple très-beau.

Érysipèle lymphatique de la jambe gauche survenue sans cause appréciable.

Dans le mois d'août 1835, un jeune homme de vingt-cinq ans, perruquier, d'une bonne constitution, tempérament sanguin, entra à l'Hôtel-Dieu, pour un gonflement de la jambe gauche, dont il ne peut dire la cause. Il se porte bien, a bon appétit, et jouit ordinairement d'une bonne santé. Depuis les orteils jusqu'au-dessous du mollet on remarque une rougeur rose diffuse. A la partie interne du genou et inférieure de la cuisse, on voit des stries de couleur rose, ondulées, formant des espèces de rubans qui s'entrecroisent entre eux, laissant entre eux des espaces dans lesquels la peau n'a pas changé de couleur. Le toucher, dans tous ces points, est très-douloureux, et la douleur s'étend jusque dans la région inguinale, dont les ganglions ne paraissent pas engorgés. La chaleur de tout ce membre n'est pas sensiblement augmentée, et n'est guère plus élevée que dans le membre opposé. Le pouls est petit, sans être serré ni dur; bat soixante-douze fois. La langue est légèrement rouge à sa poitrine et à ses bords, blanchâtre à son centre. Le malade n'éprouve pas de soif, les voies digestives ne sont nullement dérangées.

Vingt-cinq sangsues sur la jambe et le genou; cataplasme. Les sangsues saignent beaucoup.

Quelques phlyctènes apparaissent le lendemain à la partie inférieure de la jambe et sur le cou-de-pied, autour du genou la douleur est plus vive, la peau conserve toujours une teinte rose, luisante.

Deux jours après, nouvelle application de sangsues (trente); bains. Les phlyctènes du pied et de la jambe sont rompues; l'application des sangsues procure du mieux. Il n'y a pas de symptômes généraux prononcés, le pouls est dans le même état que les jours précédents.

Le lendemain de l'application de sangsues le mieux est sensible, le membre, quoique gonflé encore, est moins rouge, la peau moins luisante, les stries

rougeâtres de la cuisse moins apparentes; pouls calme; point de chaleur à la peau. Bain simple, compression avec un bandage roulé.

Le jour suivant, 26 août, la rougeur a gagné en largeur, et occupe toute la partie inférieure de la jambe; les symptômes généraux n'ont pas augmenté; quelques stries rougeâtres ont apparu à la partie postérieure de la cuisse. On sent des traces d'un liquide infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané. A cette occasion M. Sanson fait remarquer que c'est de la sérosité et non du pus. Ce professeur dit ne pouvoir donner raison de cette différence, mais qu'il la sent au toucher.

Le 27, vésicatoire à la cuisse.

Les 29, 30, 31, compresses résolutives, compression. Le pouls est toujours lent : cinquante-cinq à soixante pulsations. Point de symptômes généraux.

Le 1er septembre le pouls est dans le même état et offre le même nombre de pulsations que la veille. La jambe et la cuisse gauche ne présentent plus de stries rougeâtres, ne sont plus douloureuses à la pression. Il y a de l'œdème dans tout ce membre. Le pied offre de l'empâtement et donne au toucher la sensation d'une fluctuation profonde qui existe, et de pus infiltré dans le tissu cellulaire.

La cuisse droite offre à son tour les mêmes signes que ceux que nous avons notés pour la gauche; des stries roses, vives, dans la direction des vaisseaux lymphatiques, se sont développées dans la nuit du 1er septembre. La pression détermine de la rougeur. Point de gonflement de ce membre, point d'empâtement, point de symptômes généraux; l'état général du malade est toujours très-bon. On fait une compression sur ce membre le 2 septembre. La rougeur a fait du progrès; les lignes rosées sont plus vives et plus nombreuses, les anastomoses plus multipliées, point de symptômes généraux (vésicatoire volant sur la cuisse, au centre de l'affection; bain). La maladie disparaît rapidement, et deux jours après il n'existe plus que de l'œdème qui disparaît peu à peu.

Ce malade offre une particularité que M. le professeur Sanson dit n'avoir pas encore rencontrée; c'est l'absence de réaction, de symptômes généraux; le pouls n'était pas plus fréquent que dans l'état normal, la peau n'était pas chaude, si ce n'est dans les points où siégeait l'inflammation lymphatique. Point de sécheresse de la langue, ni soif; conservation de l'appétit; régularité des selles; point de malaise; en un mot, ce malade se porterait bien, si ce n'était ses jambes, la gauche d'abord, ensuite la droite, où il éprouva de la douleur et un peu de tension.

Cette observation nous offre encore un exemple remarquable de la distinction qu'il faut faire entre l'érysipèle lymphatique et le veineux. Outre la direction des vaisseaux lymphatiques qui offrent des traînées flexueuses d'un beau rouge-rose, et qui s'étendent progressivement du côté des ganglions, on doit encore noter le caractère de la douleur qui est très-vive à la pression dans cette espèce d'érysipèle, tandis qu'elle est nulle ou à peu près dans l'inflammation des radiales veineuses, qui présentent sur la peau une rougeur livide, bleuâtre; il existe en même temps une réaction très-vive et très-franche. Dans le trajet des vaisseaux lymphatiques on rencontre communément comme une espèce de corde tendue, rénitente. On peut en voir un exemple remarquable au n° 57 de la salle Sainte-Jeanne.

Dans la deuxième espèce ou érysipèle veineux, cette maladie siége encore dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; mais chez les individus dont la peau est plus colorée et assez épaisse, et dont les veines sont développées, chez les vieillards, par exemple, l'érysipèle se montre avec des caractères diamétralement opposés à ceux du précédent. Les stries par lesquelles il débute sont violettes et sinueuses, non parallèles, anastomosées entre elles à la manière des feuilles des dycotilédons, forment une coloration d'un rouge terne, ardoisé, semblable à celle de l'érysipèle simple, mais avec cette différence qu'elle ne présente pas l'élevure que nous avons signalée en parlant de ce dernier. Sur cette coloration générale apparaissent peu de temps après des plaques irrégulières brunâtres et violettes, semblables aux ecchymoses produites par une contusion, et ne disparaissant nullement à la pression du doigt, comme dans l'espèce précédente. Celle-ci est accompagnée de beaucoup de congestion dans le tissu cellulaire sous-jacent. La peau tuméfiée se ride, et, chose remarquable, elle prend un aspect luisant et resplendissant. Les ganglions ne s'engorgent point; rarement la gangrène commence par le tissu cellulaire sous-cutané, mais bien par la peau, et débute constamment par les plaques que nous avons décrites. Quand elle ne se développe pas, on observe des phlyctènes plus ou moins nombreuses, disséminées sur toute la surface occupée par l'érysipèle, qui ne sont rien autre chose que le premier degré de l'escarre qui caractérise la gangrène.

A ces symptômes locaux, déjà si différents, se joignent des symptômes généraux qui ne le sont pas moins. La peau du reste du corps prend une teinte livide et terreuse; sa chaleur devient moite et pas sensiblement élevée. Le pouls est mou, petit, dépressible; la langue sèche, râpeuse, se couvre de fuliginosités. Le malade est pris d'une faiblesse musculaire extraordinaire, et pour lui les moindres mouvements sont un travail, une fatigue; peu à peu la prostration se prononce de plus en plus, les facultés s'obscurcissent, et bientôt le malade tombe dans un assoupissement profond. C'est alors que le délire survient, bien différent de celui qu'on observe

dans l'érysipèle phlegmoneux lymphatique. Le délire dans ce cas est vague, inquiet, sans agitation, loquace, accompagné de rêvasseries, interrompu par des retours soudains à la connaissance et à la raison.

Si la maladie n'est point arrêtée, si les symptômes s'aggravent, on voit alors les rameaux veineux s'enflammer, cette inflammation gagner les gros troncs, et une phlébite des plus manifestes se déclarer et hâter une terminaison funeste. Que si maintenant à ces signes déjà si frappants on ajoute les frissons vagues, erratiques, qui précèdent ou accompagnent l'érysipèle dont nous nous occupons, l'état diffluent du sang des saignées générales, les abcès métastatiques qui se forment à la surface du corps et dans les organes intérieurs, enfin l'inflammation évidente de la membrane interne des veines qu'on rencontre à l'ouverture des corps, on n'hésitera guère à placer le point de départ de cet érysipèle dans le système veineux, et à lui trouver, sous beaucoup de rapports, de la ressemblance avec la résorption purulente. M. Ribert (*Mém. de la Soc. méd. d'ém.*, t. VIII, p. 622) avait déjà appelé l'attention sur ce point. Il avait trouvé la tunique interne des capillaires veineux enflammés, et leur cavité remplie par du pus. Il avait même constaté la lésion des vaisseaux lymphatiques et des dernières ramifications des artères. Ces remarques ont aussi été faites par MM. Cruveilhier et Copland.

Panaris du doigt médius; inflammation des veines de l'avant-bras et du bras; apparition de plusieurs abcès sur le trajet de ces veines; guérison.

Un bottier entra à l'Hôtel-Dieu, pour un panaris qu'il avait depuis quinze jours environ. Une incision est pratiquée sur le doigt médius. Trois jours après cette petite opération, le bras se gonfle, devient douloureux; de la rougeur apparaît sur le trajet des veines qui forment sous le doigt un cordon dur et résistant. Leur trajet est indiqué par des lignes rouges livide foncé; la pression cause de la douleur; les symptômes généraux qu'a offerts ce malade ont été des frissons, du malaise, puis de la fièvre avec soif vive, sécheresse de la langue, courbature, etc., etc. Trois jours après l'apparition de ces taches rouges érysipélateuses, de petits abcès se forment le long des veines de l'avant-bras; bains de bras, cataplasmes, eau de Sedlitz.

Les jours suivants, la rougeur s'étend et gagne la partie supérieure et interne de l'avant-bras; on applique vingt sangsues, dont les piqûres viennent à suppurer et à augmenter l'érysipèle; les symptômes généraux ne discontinuent pas. On donne issue au pus des petits abcès, ce pus en petite quantité est bien lié, un peu grisâtre. Les bains de bras sont continués tous les jours; de nouveaux abcès se forment à la partie interne du bras, sur le trajet des veines sous-cutanées qui sont dures, noueuses, et ressemblent à une corde tendue; on continue les cataplasmes et les bains de bras. Les incisions des petits abcès se cicatrisent, le gonflement et la douleur du membre disparaissent avec la dureté des cordons veineux, et le malade sort en voie de guérison.

La troisième espèce d'érysipèle, ou l'érysipèle proprement dit, est caractérisée par des taches d'une couleur rouge, plus ou moins foncée, assez semblables à celles de lie de vin, irrégulièrement circonscrites, disparaissant un instant à la pression et donnant au doigt qu'on promène dessus la sensation d'une élevure qui varie de hauteur et de consistance suivant les régions ou la texture de la peau qu'elle occupe : quand celle-ci est molle et fine, la tension que cause cette élevure n'est pas considérable, et elle-même n'est pas très-sensible; mais si elle se rencontre dans une partie où la peau est dure et épaisse, moins mobile et fixée aux parties profondes par un tissu cellulaire peu extensible, celle-ci acquiert une consistance, une dureté remarquables, et l'élevure est des plus marquées : au front, au nez, l'érysipèle présente ces caractères; à la cuisse, la surface est généralement rude, âpre au toucher, râpeuse et comme desséchée; examinée à la loupe, elle est parsemée d'un grand nombre de petites phlyctènes, qui, après s'être rompues, laissent écouler sur la plaie le liquide qui les remplissait, et se dessèchent pour former des squames d'un jaune citrin et demi-transparentes.

Écrasement du doigt médius, amputation, érysipèle lymphatique veineux, trois récidives.

Le 5 novembre 1836, le nommé Chamot, vingt et un ans, estampeur, d'une bonne constitution, d'un tempérament scrofuleux, fut couché au n°. 25 de la salle Ste-Agnès pour un doigt écrasé, que j'amputai sur-le-champ, dans l'articulation métacarpo-phalangienne. Douze jours après cette opération, il survint, sans cause connue, un léger gonflement du bras; des lignes rouges plus ou moins parallèles apparurent sur la face dorsale de la main, contournant le radius, et se portant sur la face interne de l'avant-bras jusqu'au niveau des tubérosités de l'humérus; des frissons et un malaise général avaient précédé les symptômes; inappétence, abattement, pas de fièvre, insomnie, chaleur au ventre et douleur à l'épigastre; soif vive, langue sèche (vingt sangsues, cataplasmes sur le bras, boisson délayante, diète).

Les jours suivants, les lignes rougeâtres devien-

nent plus apparentes, le creux de l'aisselle est douloureux à la pression, les ganglions sont un peu engorgés, deux nouvelles applications de sangsues n'apportent aucun soulagement; le bras présente un gonflement œdémateux assez considérable; peu à peu l'intensité de la rougeur disparaît, et, de distance en distance, sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, à la partie interne du bras et de l'avant-bras il se forme de petits abcès qui sont ouverts, ainsi qu'un plus considérable qui s'était formé dans l'aisselle; pendant tout ce temps, le malade a eu la fièvre; la plaie, qui était presque cicatrisée lors de l'apparition de l'érysipèle, a présenté un mauvais aspect, le malade a été pris de diarrhée pendant plusieurs jours; pendant le mois suivant, deux fois l'érysipèle a reparu, et s'est terminé par la formation de petits abcès dans l'épaisseur de la peau; leur cicatrisation a été lente. Le malade, sentant comme nous que son séjour dans la salle lui était funeste, a demandé sa sortie; il est venu se faire panser tous les jours. Il s'était à peine écoulé huit jours, que la santé était bien améliorée, et qu'il était guéri de ses abcès et de son amputation. A l'époque où il était dans la salle, la moitié des malades, affectés de plaies, étaient atteints d'érysipèle; chez l'un, l'érysipèle était survenu à la suite d'une piqûre par une écharde de bois dans l'éminence thénar; deux autres avaient subi l'amputation d'une phalange pour une plaie au pouce gauche; un troisième avait été également amputé du doigt indicateur dans l'articulation métacarpo-phalangienne, pour un écrasement de cet organe; un quatrième, pour une carie des premier et deuxième métacarpiens, chez un cinquième, un érysipèle phlegmoneux du bras, survenu à la suite de l'application d'un vésicatoire pour combattre une ophthalmie, envahit la partie postérieure du tronc, et emporta le malade. C'était l'application de sangsues dans trois autres cas; l'un était atteint d'une arthrite aiguë huméro-cubitale; deux autres avaient une cataracte double avec conjonctivite. L'ablation d'une exostose pédonculée de l'humérus produisit un érysipèle phlegmoneux du bras et de l'avant-bras qu'il faillit faire succomber le malade; dans un autre cas, une fracture de jambe compliquée de plaie, l'ouverture d'un bubon, plusieurs plaies simples, des ulcères, trois opérations de cancer, du sein, etc., se compliquaient d'érysipèle à cette époque.

Aux caractères locaux que nous venons d'esquisser, et qu'accompagne un sentiment de chaleur, de prurit et de pesanteur dans la partie affectée, se joignent presque constamment, soit comme causes, soit comme effets, des symptômes généraux : ainsi tantôt ceux-ci précèdent l'érysipèle, et c'est le cas le plus commun; ce sont de la douleur à l'épigastre, du dégoût, des nausées, une bouche amère ou pâteuse, etc., etc., tous les symptômes d'un embarras saburral, en un mot; tantôt, au contraire, ils l'accompagnent ou le suivent; mais généralement, ils offrent peu de gravité.

Maintenant, si nous mettons en regard les symptômes des trois espèces d'érysipèles dont nous venons de parler, pour mieux faire ressortir les différences qui les distinguent, nous voyons que la première espèce peut se rencontrer à tous les âges, chez tous les individus, de quelque tempérament qu'ils soient. On observe la première plus particulièrement chez les enfants; chez les adultes dont la peau est fine, blanche, facile à injecter; la seconde au contraire plus commune chez les vieillards et chez ceux dont la peau est épaisse, peu colorée, et dont les veines sont prononcées, ne se rencontre pas chez les enfants.

La première occupe la peau, le tissu cellulaire, la dernière est bornée à la peau.

Dans les trois espèces la coloration de l'érysipèle est d'un rouge plus ou moins vif; mais elle est foncée dans l'érysipèle simple; rose vif dans l'érysipèle phlegmoneux lymphatique, couleur lie de vin ardoisée dans l'érysipèle phlegmoneux veineux, uniforme dans la première et la dernière et disparaissant un instant à la pression : parsemée de plaques violettes brunâtres et même noirâtres que la pression ne fait point disparaître dans l'érysipèle veineux, accompagnée dans ce dernier d'une élevure donnant au doigt la sensation d'une râpe que l'on ne rencontre pas dans les deux autres.

La dernière espèce s'observe dans toutes les parties; la seconde naît sur tous les points de la périphérie des membres, et la première affecte le côté interne des membres et se développe sur le trajet des vaisseaux lymphatiques.

La peau est lisse et injectée dans l'érysipèle lymphatique phlegmoneux; couverte de petites rides dans l'érysipèle phlegmoneux veineux, et néanmoins l'épiderme qui la recouvre est resplendissant. Dans l'érysipèle simple, la peau est tendue et rugueuse; ce sont des douleurs pongitives et pulsatives que le malade éprouve dans les deux premiers cas; c'est au contraire une démangeaison, un prurit, une chaleur, qu'il éprouve dans le dernier.

Dans l'un le pouls est vif, fréquent, serré, tendu; dans l'autre, il est mou, dépressible; dans le troisième il est accéléré; la chaleur est générale dans les deux derniers cas, mais elle devient mordicante dans l'érysipèle phlegmoneux lymphatique; dans la très-grande majorité des cas de cette espèce, les ganglions lymphatiques s'engorgent : très-rarement dans les deux autres.

Ici la gangrène, quand elle a lieu, débute par le tissu cellulaire sous-cutané, qu'elle détruit quelquefois en totalité; là elle commence par la peau, qu'elle

envahit par les plaques brunâtres que nous avons signalées.

Les symptômes gastriques qui accompagnent l'érysipèle proprement dit sont ceux de l'embarras gastrique ou saburral; ceux de la première espèce appartiennent à la gastrite aiguë, ceux de la seconde à l'entérite folliculeuse.

Enfin dans l'érysipèle phlegmoneux lymphatique, l'agitation est extrême; dans l'érysipèle phlegmoneux veineux, la prostration est marquée, l'abattement profond et le délire plus fréquent que dans le premier est accompagné de rêvasseries, semblable, en un mot, à celui des individus atteints d'une fièvre typhoïde adynamique.

Dans quelques cas d'érysipèle phlegmoneux veineux, on a trouvé les gros troncs enflammés et les caractères de la phlébite; nous ne connaissons aucun fait d'érysipèle phlegmoneux lymphatique où on les ait rencontrés. Telles sont à peu près les opinions de M. le professeur Sanson sur le siége, la marche et la nature de l'érysipèle. Comme ces opinions nouvelles sont peu connues, j'ai cru devoir les rapporter tout au long.

M. Blandin de son côté, s'appuyant sur ses recherches et sur l'observation, a aussi donné de nouveaux aperçus sur l'érysipèle; ce chirurgien pense que cet exanthème est une inflammation des radicules lymphatiques, produite le plus souvent par une cause externe; il tire ses preuves : 1° de l'engorgement avec douleur qu'on rencontre dans les ganglions où aboutissent les vaisseaux lymphatiques; 2° de l'œdème qu'on rencontre souvent chez les malades convalescents d'érysipèle; œdème qui ne peut être la suite que d'une inflammation veineuse ou lymphatique, ou d'une altération des vaisseaux qui charrient la lymphe. Selon ce praticien, l'inflammation du derme prédomine dans l'érysipèle de cause interne, tandis que dans l'érysipèle traumatique ou de cause externe, c'est celle des vaisseaux blancs; de la différence de ces causes interne ou externe, il en déduit la différence de gravité. Les érysipèles de cause interne sont, dit-il, produits par un miasme qui ébranle toute l'économie; ceux de cause externe au contraire envahissent l'organisme au lieu de le quitter, et les vaisseaux lymphatiques charrient dans tous les tissus, suivant le cours de leur trajet, les fluides altérés sous l'influence d'une violente phlegmasie. Les érysipèles de cause interne sont rarement ambulants, les autres le sont de leur nature et presque toujours ils s'étendent concentriquement vers le tronc. La phlegmasie s'étend dans le réseau lymphatique suivant la direction des vaisseaux : ainsi on voit des lignes rouges avant l'apparition de la rougeur du derme et de la tuméfaction. Le traitement que M. Blandin applique à l'érysipèle lui est tout particulier; et est fondé sur sa manière de voir; il fait appliquer des sangsues *coup sur coup* sur les ganglions lymphatiques, dans le but de débarrasser la lymphe de toute irritation, lorsqu'elle reprendra son cours, vers les ganglions viscéraux; si au contraire on applique des sangsues sur la surface érysipélateuse, on débilite les malades en pure perte, et c'est, dit ce chirurgien, ce que la pratique démontre comme la théorie.

Périostose du tibia : application d'un vésicatoire, sangsues, apparition d'un érysipèle lymphatique. Tuméfaction avec douleur des ganglions de l'aine.

Le 15 septembre 1836, une jeune femme de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution en apparence robuste, entra à l'Hôtel-Dieu, salle St-Jean, n°. 33, pour une périostose du tibia, à sa partie moyenne. Elle fut soumise à l'intérieur à un traitement mercuriel; à l'extérieur cataplasmes, vésicatoires pansés avec l'acétate de morphine, sangsues. Durant son séjour à l'hôpital, environ trois semaines après son entrée, elle est prise d'un érysipèle lymphatique qui débute autour des piqûres de sangsues, et envahit la jambe supérieurement à sa partie interne, ainsi qu'à la partie interne de la cuisse; lignes roses, flexueuses, laissant entre elles des espaces sans changement de couleur à la peau. Elle est prise de nausées, d'envies de vomir, de vomissements, de malaise général; céphalalgie. Eau de Sedlitz; fomentations émollientes; l'érysipèle persiste pendant cinq ou six jours et disparaît ensuite; il y eut desquamation chez cette malade. On appliqua plusieurs fois des sangsues, et à chaque application un érysipèle lymphatique se manifesta autour des piqûres.

Cet exemple n'est pas en faveur de l'opinion de M. Blandin, et si l'application au-dessus du point malade et sur les ganglions est quelquefois favorable, ce ne peut être que dans les érysipèles de cause externe, et non dans ceux qui naissent sous l'influence d'une épidémie érysipélateuse, dans ces cas les laxatifs me paraissent plus convenables.

Il est facile de voir, dans l'exposé que nous venons de faire des idées de MM. Sanson et Blandin sur l'érysipèle, que ces deux praticiens ont passé légèrement sur les causes, pour ne s'occuper que du siége et de la nature de cette maladie, sans nous dire pourquoi elle apparaît avec un caractère épidémique dans certains mois de l'année, tandis qu'on en remarque à peine quelques cas dans d'autres mois. Pourquoi ne l'observe-t-on que dans les grands hôpitaux? pourquoi enfin existe-t-elle à l'Hôtel-Dieu, quand les autres hôpitaux de la capitale en sont exempts? C'est ce qu'il ne nous ont pas dit et ce qu'il est difficile de dire, parce que les causes qui produisent l'érysipèle sont fort obscures.

Jusqu'ici, nous ne nous sommes occupé que des causes, du siége et de la nature de l'érysipèle, qui lui-même n'est qu'une complication plus ou moins grave dans les plaies ; mais il nous reste un point important à examiner, et ce n'est pas la partie la moins intéressante de notre sujet. Quels sont les changements qui ont lieu dans une plaie lorsqu'elle est attaquée d'érysipèle? quelle est sa marche? quels phénomènes offre-t-elle à l'observateur?

Le caractère particulier de cet érysipèle d'hôpital est d'être épidémique le plus souvent, de survenir sans cause sensible dans les lieux à grands rassemblements; il se manifeste alors d'une manière plus ou moins énergique, pendant un temps plus ou moins long, sur toutes les plaies, tous les ulcères, toutes les solutions de continuité récentes ou anciennes, dont il change la nature, et en éloigne la cicatrisation; il attaque souvent le même individu à plusieurs reprises. Pendant ces constitutions érysipélateuses, il peut se présenter cette fâcheuse complication : il suffit quelquefois d'une application de sangsues sur une des parties du corps, mais plus particulièrement sur le scrotum, les paupières, à la partie dorsale de la main, à la partie interne et supérieure des cuisses, pour voir aussitôt apparaître, à l'endroit même des érysipèles dont les résultats sont presque toujours fâcheux, la gangrène ou la suppuration étant une des terminaisons les plus ordinaires de l'inflammation intense qui attaque ces parties. J'ai eu l'occasion de faire fréquemment ces remarques dans les salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu : dans les années 1835 et 1836, chez presque tous les individus atteints d'une plaie, placés dans les conditions que j'ai dites, et qui vont avoir un érysipèle, on observe deux ordres de phénomènes, les phénomènes généraux et les phénomènes locaux; on pourrait diviser les premiers en primitifs et en secondaires ; les phénomènes généraux primitifs sont ceux qui apparaissent avant l'érysipèle, qui l'annoncent pour ainsi dire ; les phénomènes généraux secondaires sont ceux qui l'accompagnent et n'existent qu'après son apparition.

Le malade éprouve d'abord du malaise avec frissons, une espèce de fatigue, d'abattement. Le pouls se développe, le visage devient rouge, la soif plus vive, un peu de douleur à l'épigastre ; vers le temps de l'invasion et souvent plusieurs jours auparavant l'appétit se perd, la bouche devient amère, la langue est humide et couverte d'un enduit jaunâtre ; il survient des nausées et quelquefois des vomissements de matières bilieuses ou glaireuses (érysipèle bilieux de Desault); plus tard, quand l'érysipèle va apparaître, le malade est plus abattu ; il éprouve des lassitudes, des douleurs vagues et un sentiment vif de chaleur, sans qu'il y ait cependant une grande sécheresse à la peau, ou une grande soif; quelquefois la maladie commence par une fièvre plus ou moins ardente, précédée de frissons et accompagnée d'un violent mal de tête ; ces derniers symptômes ont lieu le plus souvent à la suite d'un excès d'aliments, d'un accès de colère, d'une émotion morale vive, ou de l'exposition à un air froid et humide.

Les symptômes locaux ne sont pas moins sensibles que les symptômes généraux : lorsqu'une plaie dont la marche n'a pas varié et qui a toujours donné l'espoir de la guérison reste quelque temps sans faire de progrès, la suppuration diminuant ou restant toujours la même, lorsqu'il se développe dans les environs une chaleur insolite ou de la douleur, lorsque le sujet, sans être malade, se plaint de ne pas être dans son état ordinaire, si en même temps il est pris des symptômes généraux que nous avons indiqués ci-dessus, le chirurgien doit prendre l'éveil et soupçonner l'orage qui menace l'objet de ses soins. L'impression épidémique a eu lieu, et si l'érysipèle doit se développer, on voit bientôt que les chairs, de rouges qu'elles étaient, deviennent pâles, blafardes, que le pus perd de sa consistance et de sa bénignité ordinaire, qu'il diminue de quantité ; la plaie devient sèche et noirâtre, quelques heures plus tard, ordinairement vingt-quatre ou trente heures après l'apparition des premiers phénomènes, on aperçoit autour de la plaie ou sur le membre qui en est le siége, des stries rougeâtres, ou des plaques de même nature, selon l'espèce d'érysipèle.

A cette époque, le malade a perdu le sommeil et l'appétit, la plaie est desséchée, le malade est abattu, courbaturé ; la peau est un peu sèche, il y a un peu de céphalalgie, les urines sont rares et rouges ; le ventre est souvent douloureux à la pression et quelquefois constipé ; plus tard la plaie prend un aspect moins rassurant, la sécheresse augmente, son fond devient noirâtre, les bords sont pâles, œdémateux, conservent l'empreinte des doigts qui les pressent, le cercle rouge devient beaucoup plus étendu, plus vif, la partie devient beaucoup plus douloureuse (le malade accuse des picotements, des élancements dans la plaie).

La fièvre est plus forte ; la soif et la chaleur plus intenses ; la langue est sèche, rugueuse, jaunâtre ou noirâtre à son centre ; d'autres fois très-rouge ; il y a quelquefois des vomissements bilieux ou muqueux qui indiquent le caractère que la fièvre doit prendre ; le pouls est fréquent, petit et un peu déprimé; il y a des sueurs partielles, et des exacerbations à des heures irrégulières ; quelquefois il y a spasme abdominal qui resserre le ventre ; quelquefois et le plus souvent il y a commencement de flux diarrhéique. C'est ici l'époque où la maladie se juge (deuxième période), et que la nature se laisse vaincre ou sort victorieuse du combat. Dans ce dernier cas, les symptômes généraux diminuent d'intensité ; le désordre local devient moins effrayant ; bientôt la plaie est

moins sèche; le pus devient plus liquide, moins visqueux, de meilleure nature; en un mot, l'érysipèle pâlit, disparaît, et alors commence la desquamation.

Plus tard (troisième période), tout commence à être désespéré; l'érysipèle ne se borne point, il envahit les parties les plus reculées, s'éloigne toujours des points où il a débuté, devient phlegmoneux de superficiel qu'il était d'abord. La plaie est un véritable foyer putride; les parties se dessèchent de plus en plus si elles sont dépourvues de tissu cellulaire; dans le cas contraire, elles sont abreuvées d'un liquide noirâtre, plus ou moins abondant et d'une odeur nauséabonde et dégoûtante; la sensibilité locale s'éteint, le membre se couvre parfois de phlyctènes remplies d'une sérosité jaunâtre, et le tissu cellulaire sous-cutané se gangrène, s'enlève par lambeaux, et donne lieu à un vaste foyer de suppuration. Alors le désordre général est à son comble, le reste des forces s'épuise promptement; les excrétions sont désordonnées, les sueurs abondantes et froides; le pouls est petit et devient insensible; la langue est sèche, tremblotante; les fonctions de l'entendement, qui s'étaient conservées deviennent languissantes, et s'exercent à peine; il survient du délire, la voix se perd et la vie s'éteint. Tel est le tableau de ces graves érysipèles que j'appelle à juste titre le fléau des hôpitaux. Quelquefois dans cette dernière période la fièvre prend un caractère adynamique: dans ces cas, l'érysipèle fait des progrès rapides et effrayants, et le malade finit presque toujours par succomber.

L'érysipèle d'hôpital est d'autant plus à redouter que la saison est plus favorable à son développement, et que les sujets sur qui il se manifeste sont plus faibles, plus disposés à des maladies graves, et qu'ils séjournent depuis plus longtemps dans les salles. Les chirurgiens doivent d'autant plus s'appliquer à le prévenir et à le combattre, que lorsque par un bénéfice de l'art ou de la nature l'érysipèle, après avoir compliqué une plaie, l'abandonne, et cesse d'y exercer sa pernicieuse influence, nous voyons l'énergie vitale se prononcer dans la partie malade. Mais que le chirurgien ne croie pas son malade à l'abri du danger dont ses soins viennent de le délivrer; il peut se reproduire sur la même partie avec plus de force qu'auparavant; alors ce nouvel accident sera d'autant plus grave que la même plaie aura déjà été ravagée par le même mal.

L'érysipèle est commun à tous les âges et à tous les sexes; cependant nous voyons rarement les enfants mourir parce que chez eux sans doute la vie s'exerce avec beaucoup d'activité, mais il fait de grands ravages chez les adultes et les vieillards.

Le traitement hygiénique est peut-être le plus utile, car, quelques moyens qu'on emploie dans des circonstances défavorables, on n'aura que de mauvais résultats. Ainsi, le chirurgien jaloux d'exercer avec utilité ses fonctions honorables portera une vigilance rigoureuse sur toutes les parties de son service. S'il a à gémir sur la position de son hôpital, qui est vicieuse et qui favorise d'une manière désespérante le développement de l'érysipèle, il cherchera des ressources et des moyens pour la combattre dans la physique et l'hygiène; il étudiera avec soin tous les moyens que lui offrent la chimie et les localités pour désinfecter l'air des salles et le rendre salubre à tous ceux qui le respirent.

Il faudrait d'abord placer les opérés dans une salle particulière assez grande, avec des lits éloignés les uns des autres. Une des précautions les plus utiles aux malades, c'est une grande propreté; je ne dis pas qu'on doive renouveler les pansements souvent, ils sont subordonnés à l'état de la plaie; mais on doit renouveler les linges qui sont sous le malade et autour de lui, aussi fréquemment qu'il est nécessaire, et ne jamais employer une seconde fois les linges qui ont servi à un pansement.

Dans les premiers jours, si la plaie est peu grave, il faut tenir le malade à une diète sévère, et ensuite le surveiller attentivement sur la qualité et la quantité des aliments; éviter autant que possible les indigestions si fréquentes chez ces convalescents, car elles sont souvent mortelles.

Les remèdes doivent aussi être surveillés dans leur administration, car il n'est que trop commun dans les hôpitaux de voir cette partie du service très-négligée. On voit quelquefois les médicaments être l'objet d'une vile spéculation, et les malades en être bien souvent privés.

Il est bien nécessaire de calmer l'imagination du malade, car on rencontre souvent dans les hôpitaux des plaies dans un mauvais état, malgré tous les soins nécessaires, parce que le malade est nostalgique, ou par la crainte, soit de perdre, soit de ne pouvoir plus se servir d'un membre qui gagne le pain d'une famille souvent nombreuse, etc., etc. Dans tous ces cas, promettre tout, surtout la guérison de la plaie, quel que soit le pronostic qu'on en porte, est le traitement le plus efficace. On ne saurait s'imaginer le bien que font à un pauvre malade des paroles consolantes et des témoignages de complaisance et de bonté de la part de ceux qui le soignent.

Le traitement chirurgical, lorsqu'une plaie est simple sans être trop étendue, et que la fièvre traumatique est peu intense, consiste à ne rien faire, les soins hygiéniques suffisent; mais si la fièvre devient plus intense, si le malade éprouve tout à coup du malaise, des frissons on doit examiner l'état de la plaie; car l'intensité de la fièvre, ces frissons, ces symptômes généraux inattendus peuvent tenir aux différentes causes déjà indiquées; mais ils peuvent

tenir à la compression qu'exerce le bandage ; il est facile d'y remédier, et le chirurgien s'en apercevra au gonflement qui est survenu au-dessus et au-dessous. S'ils sont causés par la présence d'un corps étranger ou d'une esquille, il doit faire les recherches les plus minutieuses ; s'il ne le trouve pas et qu'il le soupçonne, il doit combattre les accidents locaux et généraux, tâcher d'amener la suppuration le plus tôt possible au moyen des cataplasmes et des bains émollients.

Lorsque la gangrène est survenue à la suite de l'érysipèle, le traitement chirurgical n'est que secondaire ; les traitements hygiéniques et médicaux sont les seuls sur lesquels on puisse compter.

M. Blandin regarde l'application des sangsues répétée sur les ganglions où se rendent les vaisseaux lymphatiques comme le meilleur remède contre l'érysipèle. M. Sanson est moins exclusif; tantôt il fait mettre des sangsues à l'épigastre quand il soupçonne une irritation légère de l'estomac, tantôt il emploie les purgatifs, l'eau de Sedlitz de préférence. Dans les cas où les voies digestives renferment de la saburre, j'ai souvent vu ces derniers moyens procurer de bons résultats ; mais je n'en suis pas moins disposé à croire que le même traitement n'est pas convenable dans toutes les espèces d'érysipèles, et qu'on doit avoir égard à la nature de l'érysipèle, aux causes qui l'ont produit, aux symptômes qu'il présente, au tempérament du malade, et surtout aux constitutions médicales régnantes.

Desault, dans l'érysipèle qu'il appelait bilieux, et qu'il observait si fréquemment à la suite des plaies, quelque chaleur qu'il y eût à la peau, et quelque considérable que fût la fièvre, donnait dès le premier instant un grain de tartre émétique étendu dans beaucoup d'eau. Les accidents diminuaient aussitôt après cette boisson, et quelquefois ils cessaient, quoique le remède n'eût produit d'autre changement sensible dans l'économie animale que l'augmentation de la transpiration et des urines. Quand les symptômes résistaient, il revenait deux ou trois fois, et même quelquefois plus souvent, à la boisson émétisée. Lorsque l'érysipèle s'éteignait, que la fièvre avait cessé, qu'il ne restait plus d'amertume à la bouche, il employait, pour terminer la cure, une ou deux purgations. À ce traitement les érysipèles cédaient ordinairement en peu de jours; il n'en a jamais rencontré qu'il n'ait dissipé sans retour. Il a observé que la maladie était constamment et plus grave et plus rebelle, lorsque les malades avaient été saignés, et surtout lorsqu'ils l'avaient été plusieurs fois.

Les érysipèles que nous avons dans les hôpitaux, et auxquels nous avons donné le nom d'érysipèles d'hôpital, offrent, dans la très-grande majorité des cas, des symptômes généraux tellement analogues à ceux décrits par Desault dans l'érysipèle bilieux, que nous pensons que le traitement de ce célèbre chirurgien doit encore être préféré la plupart du temps.

De tout ce qui précède j'arrive à conclure :

1° Que l'érysipèle est épidémique à l'Hôtel-Dieu de Paris, pendant certaines saisons de l'année;

2° Que les causes qui produisent l'érysipèle chez les opérés peuvent tenir à des causes excitantes, mais qu'elles dépendent ordinairement de l'influence de certaines constitutions atmosphériques ;

3° Que dans ces circonstances les opérations sont presque à coup sûr frappées de cette complication : aussi doit-on s'abstenir d'opérer, à moins d'urgence extrême ;

4° Que la saison froide et humide est celle qui favorise le plus son développement ;

5° Que la plus petite plaie n'échappe pas à son influence, lorsqu'il règne épidémiquement ;

6° Que chacune des espèces d'érysipèles a des symptômes qui lui sont particuliers ;

7° Que le tissu cellulaire, les vaisseaux veineux, les vaisseaux lymphatiques peuvent être, séparément ou à la fois, le siége de l'érysipèle : ce qui constitue l'érysipèle veineux, l'érysipèle lymphatique et l'érysipèle proprement dit ;

8° Que les embarras gastriques, si faciles à développer chez les blessés, paraissent favoriser son apparition;

9° Qu'on peut le prévenir dans les hôpitaux par des moyens d'hygiène sagement combinés, qui consistent à avoir des hôpitaux d'une construction *achevée*, qui ne soient jamais encombrés de malades, et où la propreté et la salubrité de l'air régnent constamment ;

10° Qu'enfin le traitement par les évacuants est le meilleur, et celui qui compte le plus de succès.

J. DES CONNAISS. MÉD.-CHIR. —Janvier 1839.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES NÉVRALGIES INTERMITTENTES.

Quelques cas de névralgies d'une nature particulière se sont présentés, dans ces derniers temps, dans les hôpitaux de Paris. Ces cas, très-bien appréciés par les uns, fort mal jugés par les autres, sont dignes de l'attention des praticiens, tant sous le rapport de leurs caractères qui en imposent fort souvent aux observateurs trop préoccupés de l'appareil symptomatique des états morbides, que sous le rapport de leur thérapeutique, fort différente de la méthode applicable dans la plupart des maladies du même nom. A ce double titre, quoique ces maladies n'entraînent pas généralement un danger prochain pour

la vie, nous croyons faire une œuvre utile en nous appliquant à les déterminer par une analyse soigneuse, ne serait-ce que pour prémunir les médecins contre les suites autrement graves quand il s'agit de maladies plus dangereuses, d'une détermination pathologique incomplète et par cela même fausse. Commençons par dire un mot des caractères ordinaires des névralgies; nous en viendrons ensuite aux caractères spéciaux de celles qui ont régné il y a quelque temps.

Toutes les névralgies ont une affinité plus ou moins prochaine avec les fièvres intermittentes. Pour peu qu'on ait suivi des maladies de cette espèce, on aura été frappé de cette affinité remarquable. En effet, toutes ou presque toutes les névralgies commencent par un frissonnement général, caractère essentiel d'un état de spasme. Concurremment avec ce symptôme, le pouls est petit et irrégulier, la peau aride, les traits tirés, la face pâle et les urines aqueuses. Après que cet appareil symptomatique a duré plus ou moins longtemps, la névralgie éclate, affectant tantôt un filet de nerfs, tantôt une portion plus grande de l'arbre nerveux, par exemple, le nerf sciatique et ses ramifications innombrables. On connaît la douleur caractéristique de ces lésions, leur nature lancinante, leur explosion brusque, leurs interruptions alternatives, leur propagation exacte suivant le trajet d'un nerf ou à travers ses rameaux, et quelquefois jusqu'à ses dernières ramuscules. Pendant ces douleurs, le pouls se ranime, la peau s'échauffe, la face s'enflamme, les urines se colorent profondément; en un mot, une réaction notable s'opère. Enfin, au terme de ce second temps, en tout semblable au second temps d'une vraie fièvre d'accès, une sueur générale survient, et alors la névralgie s'apaise et disparaît. L'ensemble de ces phénomènes s'accomplit ordinairement en six, huit, dix ou dix-huit heures, ce qui complète la similitude des névralgies avec le groupe phénoménal particulier aux fièvres intermittentes.

Toutefois, les accès fébriles reparaissent à jour fixe et à la même heure, le lendemain ou deux ou trois jours après, suivant le type de la fièvre. Les névralgies, au contraire, s'en tiennent ordinairement à un seul accès, ou bien elles n'observent généralement aucun retour réglé, quoiqu'elles reviennent à diverses reprises, comme reviennent toutes les maladies dont on a conservé la disposition. Indépendamment de cette différence, les névralgies les plus communes exigent une méthode thérapeutique et des moyens curatifs dont les fièvres intermittentes ne s'accommodent que par exception. Le quinquina n'en est pas le remède ordinaire. Loin de là, le quinquina y produit le plus souvent le même effet que les irritants, tandis qu'elles s'apaisent à l'aide des fomentations antispasmodiques, des substances éthérées et des préparations d'opium, sans parler des cas beaucoup plus rares où elles résistent opiniâtrement à tous les remèdes, excepté quand on peut la mettre en pratique à la section complète du nerf malade. Tels sont les caractères généraux des névralgies et leurs analogies apparentes avec les fièvres d'accès, bien que par leur nature elles s'en distinguent éminemment.

Il arrive néanmoins, et ces exemples ne sont pas rares pendant qu'il règne beaucoup de fièvres intermittentes, il arrive, disons-nous, que les névralgies s'associent complétement avec le génie périodique de ces fièvres. Dans les cas de cette espèce, après que les douleurs névralgiques ont cessé, au bout de sept ou huit heures, elles renaissent spontanément sous divers types, le plus souvent sous le type double-tierce, et, ce qui ne laisse plus le moindre doute sur leur caractère véritable, elles s'exaspèrent par tous les moyens qui en faisaient justice dans les circonstances ordinaires, pour céder exclusivement à l'administration méthodique du quinquina. Sous cette forme particulière, qu'il faut bien distinguer de leur condition ordinaire, elles offrent moins une névralgie proprement dite qu'une des expressions nombreuses des fièvres d'accès.

Les fièvres d'accès névralgiques, dont nous avons eu occasion d'observer un certain nombre dans ces derniers temps parmi les malades des salles de clinique de la capitale, se présentent sous des aspects très-variables. Le plus souvent elles affectent un point particulier du système, assez souvent elles offrent l'apparence d'une hémicrânie; quelquefois aussi elles envahissent les nerfs de la vie organique, et se montrent ici avec les symptômes de la gastrite et de la dyssenterie, ailleurs avec les symptômes du rhumatisme, de la goutte ou des coliques néphrétiques. Il est extrêmement important de ne pas prendre le change sur la nature de ces sortes de névralgies, d'autant plus qu'elles sont très-cruelles, et que si on ne leur oppose pas la seule médication qui leur convienne, outre qu'elles résistent à tous les remèdes, elles peuvent décider des altérations locales redoutables, et la mort même. Dans notre conviction, beaucoup de points douloureux, qu'on qualifie d'irritation ou de phlogose, dérivent de cette cause, et ne sont, à les juger sainement, que des expressions méconnues d'une vraie fièvre intermittente. Parmi les faits de cette classe que nous pourrions citer en preuve de ces principes, nous en choisirons un seul, très-saillant et très-complet, qui résumera la plupart des autres; nous l'empruntons aux salles de l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Chomel.

Une couturière âgée de vingt et un ans, d'une constitution assez forte, était sujette, depuis plusieurs années, à des migraines périodiques tous les mois.

Elles étaient liées au flux menstruel dont elles annonçaient l'approche. Indépendamment de ces migraines, elle a été prise dernièrement d'une douleur à la région sourcilière droite. Cette douleur aiguë, accompagnée d'élancements, dessinant exactement le trajet du nerf sourcilier, ne laissait aucun doute sur son caractère névralgique; la présence de cette douleur empêchait le sommeil; elle était opiniâtre, existant sans aucune complication appréciable. Lorsque la malade est entrée à l'hôpital, elle datait déjà de trois ou quatre jours. Le jour de son entrée on constata la cessation complète de cette douleur pendant plusieurs heures. Elle continua ainsi avec des alternatives de retours et d'intermissions pendant quatre jours. L'accès entier durait dix-huit heures et l'intermission six heures seulement. Au bout de quatre jours, M. Chomel fit prendre à la malade dix grains de sulfate de quinine. Dès le premier jour l'accès névralgique fut abrégé de sept heures; après une seconde dose administrée comme précédemment, l'accès ne reparut plus qu'à minuit et ne dura que pendant six heures. Le lendemain la même dose de sulfate de quinine abrégea encore la durée de l'accès et la réduisit à trois heures; une quatrième dose l'amoindrit pour la quatrième fois et ne le laissa durer qu'une heure et demie; enfin l'accès disparut complétement les jours suivants.

M. le professeur Chomel a disserté fort au long sur la nature, la marche et le traitement de cette maladie. Les réflexions de ce médecin ne nous paraissent pas conformes à l'expérience des plus grands médecins; elles nous semblent même, sur beaucoup de points, en contradiction avec les résultats ordinaires de l'observation. Par exemple, M. Chomel a refusé d'assimiler cette névralgie aux vraies fièvres intermittentes, parce qu'elle n'a pas présenté un type intermittent aussi tranché qu'on le voit dans les fièvres quotidiennes, tierces et quartes. Il pense d'ailleurs que le sulfate de quinine n'exerce une influence salutaire et une action manifeste que sur les fièvres à types bien dessinés; enfin il regarde comme dangereuse l'administration du sulfate de quinine à haute dose. Quelques remarques critiques ne seront pas inutiles pour rendre au fait que nous venons de rapporter la signification qui lui appartient. Il est rare que les maladies périodiques autres que les fièvres intermittentes manifestes s'astreignent à un type fixe, surtout au commencement. Le plus souvent les accès empiètent les uns sur les autres, se prolongent ou se raccourcissent, sans perdre pour cela le caractère intermittent. Si l'on exige absolument une intermittence parfaite et une régularité rigoureuse soit dans le retour, soit dans la durée de l'intermittence, on doit renoncer à qualifier du titre d'intermittentes tout l'ordre des fièvres qu'on appelle subintrantes. La théorie à part, un fait prouve néanmoins que telle est la nature de ces maladies; et ce fait c'est qu'elles cèdent aux préparations de quinquina presque infailliblement. L'observation précédente n'est pas une exception à cette règle; c'est en effet par le sulfate de quinine et par le sulfate de quinine seulement que les accès se sont amendés et ont disparu définitivement.

C'est à tort qu'on restreindrait l'utilité du quinquina aux seuls cas où la fièvre intermittente se dessine sans équivoque. L'expérience montre en effet qu'il agit tous les jours avec succès contre les fièvres de la classe des rémittentes, et qu'il est la seule ancre de salut dans les fièvres les plus graves, nous voulons parler des intermittentes pernicieuses dont le type est si peu net qu'elles ne laissent jamais le malade sans fièvre, se présentent presque toujours sous le type double tierce subintrant. S'il est certain que les préparations de cette écorce ne triomphent jamais mieux que lorsque les accès sont coupés par des intermittences longues et complètes, on ne peut nier cependant qu'elles ne réussissent le plus souvent, dans les cas où l'intermittence est à peine appréciable et même dans des cas où elle est nulle réellement.

La crainte de doses trop fortes de sulfate de quinine est chimérique, lorsque la nécessité du fébrifuge est établie sur des indications solides. Le seul danger de son usage consiste à l'administrer sans raison. Il y a plus, les affections périodiques que nous citions tout-à-l'heure, les fièvres intermittentes qui font périr les malades au bout de quelques jours et quelquefois au bout de quelques heures, réclament impérieusement, sous peine d'exposer les malades à toutes les chances des accès qui vont suivre, des doses extrêmement élevées de ce remède; c'est ainsi que pratiquaient Sydenham, Lind, Torti, Werloff, etc. Sous ce rapport les fièvres intermittentes masquées, et telles sont les névralgies périodiques dont nous venons de citer un exemple, ressemblent aux fièvres pernicieuses; elles exigent comme elles de fortes doses du fébrifuge. Quand on les ménage trop, on les détruit en détail, on les use; en d'autres termes, on les prolonge au lieu de les emporter d'un seul coup comme on le fait par le sulfate de quinine à haute dose.

Au surplus, le quinquina n'est pas le seul remède contre ces névralgies; il est quelquefois besoin d'en seconder l'effet par des médications diverses. Dans le fait précédent cet agent suffisait, puisqu'il n'existait concurremment aucune complication étrangère; dans des cas différents, si, par exemple, cette jeune fille avait offert une tendance à l'inflammation, ou si les voies gastriques avaient témoigné de la présence d'un élément gastrique, on aurait commencé par écarter ces symptômes additionnels avant d'employer le sulfate de quinine. Son indication bien établie,

on le fait prendre avec les précautions usitées dans les vraies intermittentes. Pendant l'accès on exaspérerait le mal, sans agir peut-être sur l'accès suivant; le moment favorable, c'est celui de la cessation des douleurs, ou l'instant de leur rémission, lorsqu'il n'y a pas de véritable intermittence. On l'administre à la dose de quinze ou vingt grains au moins jusqu'à trente ou quarante; on partage cette dose en trois ou quatre portions inégales, et on fait prendre la plus forte à l'époque la plus éloignée de l'accès suivant, et ainsi des autres de trois en trois heures, si l'intervalle libre est assez grand, de manière à consommer la dose entière dans le temps de l'intermission. On diminue les doses dès que les accès sont amendés; mais on les continue assidûment à des doses de plus en plus faibles pendant plusieurs jours après leur complète disparition. On procède, en un mot, de la même manière que dans les fièvres intermittentes simples, avec la précaution particulière d'employer, toutes choses égales, de plus fortes doses du médicament.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.—Janvier 1839.

QUELQUES RÉFLEXIONS PRATIQUES

Sur les obstructions du rectum, faisant suite à la relation de la maladie de Broussais;

Par M. AMUSSAT. (1).

La relation de la maladie de Broussais qui se trouve insérée dans la GAZETTE MÉDICALE du 7 décembre 1838, et quelques autres affections analogues, m'ont fait reconnaître que les maladies les plus graves du rectum sont fort négligées dans la pratique, et, à cette occasion, j'ai remarqué avec peine, chaque fois que j'ai cherché des conseils dans les livres de ceux qui nous ont devancés, qu'il existait une grande lacune dans nos ouvrages de chirurgie, car les affections de cette espèce y sont traitées fort légèrement : la science est très-pauvre sur ce point.

Depuis longtemps déjà j'éprouve le désir d'indiquer les difficultés que j'ai rencontrées et les efforts que j'ai faits pour les surmonter. Je saisis cette occasion avec empressement dans l'espoir d'être utile aux chirurgiens en leur donnant quelques remarques pratiques sur les maladies de ce conduit, et en essayant de tracer la marche à suivre dans des cas analogues à ceux qui m'ont suggéré ces réflexions.

Remarquons tout d'abord que les maladies du rectum sont assez nombreuses et que celles de l'orifice sont infiniment plus fréquentes que celles de l'intérieur de l'organe. Je ne veux m'occuper ici que des dernières et plus spécialement des rétrécissements ou obstructions de l'intestin rectum. Ces maladies graves et profondément cachées sont fort négligées sous tous les rapports.

Les affections de l'intérieur du rectum sont très-difficiles à reconnaître dès le principe, soit parce que les malades ne se soumettent pas facilement aux investigations, soit parce que les sensations déterminées par les maladies de cet intestin sont obtuses et confondues souvent avec des hémorrhoïdes, ou, plutôt encore, parce que l'exploration de ce conduit est difficile et désagréable. Enfin, le sphincter de l'anus est le plus grand obstacle aux recherches nécessaires pour éclairer le diagnostic.

L'anatomie du rectum laisse peu à désirer. Sans doute, cet intestin est assez bien décrit dans nos livres d'anatomie et d'anatomie chirurgicale; cependant, j'ai remarqué qu'on n'a pas assez insisté sur la disposition de la partie supérieure de ce conduit, qui présente presque toujours un rétrécissement normal fort important à connaître pour la pratique chirurgicale. Avant d'avoir observé ce fait, je ne croyais pas qu'il y eût une démarcation si précise entre l'S iliaque et le rectum; et je pense que, si elle n'a pas été plus généralement indiquée, c'est parce qu'on insuffle presque toujours avant de constater le rétrécissement que je signale.

Cette disposition de la fin du colon établit une démarcation précise entre l'S iliaque et le commencement du rectum. L'angle de réunion qui forme ce rétrécissement se trouve vis-à-vis de la symphise sacro-iliaque gauche; il est, je crois, déterminé, par le meso-rectum, et surtout par la circonvolution de l'S iliaque qui plonge dans le bassin, et aussi par le séjour des matières fécales dans l'un et l'autre intestin, ou seulement dans le dernier. Il ne faut pas oublier surtout que le rectum est situé plus à gauche qu'à droite, particulièrement en haut. Il est fort utile de se rappeler cette disposition pour bien explorer. Disons d'abord quelques mots des moyens d'exploration.

Le toucher du rectum demande beaucoup d'attention et d'habitude.

Peu de médecins ont pris la peine d'explorer cet intestin sur des cadavres de sexe et d'âge différents: pour avoir des notions exactes sur ce conduit et les organes voisins, il faut d'abord vaincre la répugnance qu'on éprouve tout naturellement.

---

(1) Lorsque j'ai écrit cette observation, des soupçons d'empoisonnement avaient déterminé une enquête; maintenant, on sait que cette enquête est terminée et que l'analyse des liquides recueillis dans l'estomac n'a rien fait découvrir qui pût justifier les soupçons qu'on avait conçus, à cause de la promptitude de la mort.

J'ai plusieurs fois observé que c'est cette répugnance et le défaut d'habitude qui ont fait négliger de toucher en temps opportun, ce qui a donné à la maladie le temps de se développer et de devenir incurable, avant qu'on ait rien fait pour arrêter sa marche.

Le toucher peut se faire de deux manières : le chirurgien étant placé devant ou derrière le malade. Dans le premier cas, le doigt ne pénètre pas à une grande profondeur; dans le second, au contraire, on peut explorer beaucoup plus haut, surtout en dirigeant le doigt à gauche en repoussant ou, mieux, en évitant le coccyx.

L'exploration du rectum offre de très-notables différences sur l'homme, sur la femme et sur les enfants. Il importe donc de bien connaître ces différences et de s'exercer au toucher de ce conduit sous ce triple rapport pour être en état d'apprécier, non-seulement les maladies du rectum, mais encore celles des organes voisins.

Règle générale, le toucher doit toujours être précédé d'un lavement pour faciliter l'exploration.

Le toucher sur un homme adulte demande une grande attention et doit être exercé soigneusement sur toutes les parties de l'intestin.

Après avoir préalablement enduit *complétement* le doigt avec de l'huile ou, mieux, avec du cérat, on l'introduit doucement, en même temps que le malade fait des efforts comme pour aller à la garderobe. Cette double précaution est utile pour bien juger du véritable état du sphincter.

L'anneau musculaire du rectum étant franchi, il faut explorer attentivement au-dessus et tout autour. Ensuite, on doit examiner la partie antérieure dans laquelle se trouve la portion musculeuse de l'urèthre et la prostate. Il faut bien connaître les sensations fournies par ces deux parties à l'état normal pour juger leurs états pathologiques. Beaucoup de médecins connaissent si peu le volume et la consistance de la prostate qu'ils craignent de dire leur avis lorsqu'ils touchent une prostate évidemment malade.

Dès qu'on a exploré la partie antérieure, il faut examiner avec le même soin les parties latérales et postérieure.

Souvent on trouve en arrière un repli, une grande valvule, qu'il ne faut pas confondre avec un état pathologique.

Lorsqu'on veut examiner le rectum au-dessus de la prostate, il faut toucher en se plaçant en arrière; quelques malades favorisent singulièrement l'exploration en faisant des efforts et surtout en tirant la peau de la marge de l'anus avec les deux mains pendant que le chirurgien pousse le doigt, le plus haut possible à gauche et en évitant le coccyx; par ce moyen, on peut explorer une partie des vésicules spermatiques, des canaux déférents et la partie intermédiaire de la vessie ou son bas-fonds; sur les côtés et en arrière, on explore plus facilement encore les parties correspondantes de l'intestin. En exerçant ainsi le toucher, on peut souvent atteindre le haut de la convexité du sacrum sur beaucoup de sujets, et approcher très-près de la fin du rectum, surtout en dirigeant son doigt à gauche.

Pour explorer au delà de la limite que peut atteindre le doigt, et cette limite est variable, suivant la force et l'embonpoint du sujet, il faut avoir recours à d'autres moyens que le doigt, pour suppléer à son défaut de longueur. Le cathétérisme du rectum à une grande profondeur est une opération inusitée et à laquelle on ne pense que lorsqu'on rencontre une obstruction de l'intestin au-dessus du point que l'on peut atteindre avec le doigt; mais, pour agir avec quelque chance de succès, il faut se rappeler les données anatomiques fort importantes que j'ai déjà indiquées et s'être exercé sur le cadavre pour apprécier les difficultés qu'il s'agit de surmonter, même à l'état normal.

Une sonde élastique droite, uréthrale ou œsophagienne, ne peut pénétrer à une grande profondeur, parce que le bec de la sonde va heurter contre la concavité du sacrum, et, si on insistait, on perforerait l'intestin plutôt que de pénétrer plus avant.

Une sonde élastique à grande courbure, pour l'urèthre, offre beaucoup plus d'avantages, surtout si on la dirige à gauche; elle pénètre presque toujours jusqu'à la fin du rectum et quelquefois même dans l'S iliaque.

Pour pratiquer le cathétérisme du rectum avec une sonde d'argent, il faut préalablement augmenter la courbure de l'instrument.

D'après mes études chirurgicales sur cet intestin, il faut donner à la courbure de la sonde un tiers de plus qu'aux plus grandes sondes courbes dont on se sert pour l'urèthre.

En longeant le côté gauche du rectum avec une sonde à grande courbure, on parvient jusques dans le retrécissement normal de l'intestin. Il est bien difficile d'aller au delà; en essayant de franchir sa limite il faut agir avec beaucoup de circonspection; mais, en faisant une injection par la sonde, le bassin étant fortement relevé, on pourrait espérer de rejeter l'S iliaque hors de la cavité pelvienne et peut-être réussir à faire pénétrer le bec de la sonde dans cet intestin.

Quelquefois, après avoir inutilement employé les sondes courbes pour des obstructions de la moitié supérieure du rectum, j'ai attaché à mon doigt indicateur un dé en ivoire, sur lequel j'avais fait fixer une sonde élastique de deux ou trois pouces d'étendue; par ce moyen, j'ai franchi des obstacles que je n'avais pu surmonter par les autres moyens.

Dans la même intention, j'ai fait construire un doigt artificiel en buis, qui se surajoute au doigt indicateur de l'opérateur par un dé; il est composé de trois parties ou articulations, analogues à celles des phalanges, que l'on fait mouvoir, comme les doigts, en deux sens opposés, par deux rubans. Je crois avoir retiré quelque avantage de ce moyen. Je l'ai employé, il y a déjà longtemps, en traitant, avec Broussais, un de ses amis, qui avait une affection carcinomateuse de la moitié supérieure du rectum. Broussais ne se doutait pas alors qu'il mourrait de la même maladie.

Il ne suffit pas d'examiner le rectum par le toucher, il faut encore s'aider de la vue autant que possible. Ce genre d'exploration est fort important; mais il n'est pas facile de voir dans l'intérieur de ce conduit et surtout à une certaine hauteur. Quoique cette manière d'explorer soit fort difficile, il ne faut pas la négliger, comme on le fait trop souvent.

Pour voir dans l'orifice de l'intérieur de la marge de l'anus, il suffit, après avoir fait prendre un lavement, de recommander au malade de faire des efforts comme pour aller à la garde-robe, pendant qu'on exerce des tractions sur la peau, à un pouce de la marge de l'anus. Lorsqu'on procède à l'examen de cette manière, il faut avoir soin de se placer à côté du malade, et souvent on découvre des altérations qu'on ne peut apprécier par le toucher, comme des fissures, des hémorrhoïdes internes, etc.

Si la maladie est située trop haut, il faut avoir recours au spéculum Ani.

Le plus simple de tous est une tenette bien huilée.

Celui dont on se sert le plus communément est un petit spéculum à rigole.

M. Barthélemy, chirurgien à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, l'a fait modifier très-avantageusement en le terminant en cul-de-sac; ainsi disposé, on l'introduit beaucoup plus facilement.

Le spéculum anglais est un dilatateur à deux vulves, qu'on écarte par une vis de rappel. Enfin, on peut se servir avec avantage d'un petit spéculum Uteri à trois valves. Après l'avoir introduit, on retire une des valves.

En appliquant le spéculum Ani, il ne faut pas oublier qu'on refoule les parties, et que, si on découvre la maladie reconnue avec le doigt dans le bourrelet muqueux qui se présente dans la rigole, on la croit située naturellement plus haut que le toucher l'avait indiquée. Pour obvier à cet inconvénient, il faut attirer en bas la peau qui correspond à la rigole du spéculum, pendant qu'on maintient cet instrument, afin de remettre la maladie à sa véritable place.

On peut se servir avec avantage du spéculum que j'ai imaginé pour appliquer des sangsues à la prostate. Il fatigue beaucoup moins l'anus que les autres, et il permet de voir plus facilement.

L'exploration du rectum sur la femme exige les mêmes précautions que sur l'homme; il importe surtout de bien se rappeler les modifications apportées par le sexe, d'abord dans la grandeur du bassin, puis dans la disposition du coccyx et du sacrum, qui sont moins recourbés que chez l'homme.

La paroi antérieure du rectum chez la femme est en rapport d'abord avec le vagin au lieu de l'urèthre, et plus haut avec l'utérus, au lieu de la prostate; sur les côtés, avec les ligaments larges de la matrice et les ovaires, au lieu des vésicules et des canaux déférents.

Souvent on retire un très-grand avantage de l'introduction du pouce dans le vagin pendant que le doigt indicateur est dans le rectum; par ce moyen, on apprécie beaucoup mieux les maladies de l'intestin et surtout celles de la cloison recto-vaginale. On peut aussi, dans le même but, introduire le doigt indicateur gauche dans le vagin, pendant que l'autre est dans le rectum et réciproquement faire l'inverse.

L'enfance apporte des modifications qui peuvent facilement être pressenties; il ne faut pas négliger de les vérifier sur le cadavre pour apprendre à apprécier les différences et les ressources que l'on peut tirer de la possibilité d'explorer beaucoup plus haut que dans un âge plus avancé.

Lorsqu'on a des notions exactes sur l'état normal du rectum, on peut, par le toucher, reconnaître les moindres altérations; souvent on trouve avec le doigt les orifices internes des fistules stercorales; la pulpe du doigt reconnaît les rugosités du pourtour de la petite ulcération. Il n'en est pas ainsi, comme je l'ai déjà dit, des hémorrhoïdes internes, même assez grosses, on les méconnaît souvent au toucher, à cause de leur mollesse et parce que le sang qui les gonfle fuit sous la pression du doigt.

Les parties enflammées, ulcérées, exigent le spéculum; les plaques indurées et les excroissances sont plus faciles à reconnaître.

Il faut bien se garder de confondre les resserrements spasmodiques de l'orifice avec un rétrécissement maladif; de même, il faut avoir soin de ne pas prendre les brides naturelles pour des altérations pathologiques. Il est facile de reconnaître les rétrécissements qui se trouvent à la portée du doigt; mais ils sont fort difficiles à déterminer quand ils sont situés à une très-grande hauteur, comme dans un cas cité par M. Rognetta (BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE), où il existait deux rétrécissements de l'intestin, l'un à un pied, l'autre à un pouce et demi de l'anus; mais je ne veux m'occuper que de ceux de la partie supérieure du rectum.

Je citerai comme exemple le fait du grand tragédien Talma, parce que c'est le rétrécissement le plus remarquable et le mieux décrit que je connaisse.

Talma est mort des suites d'une obstruction du

rectum. L'histoire de sa maladie a été publiée dans plusieurs journaux de l'époque, d'après la relation de M. le docteur Biett, insérée dans le RÉPERTOIRE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, ET DE CHIRURGIE CLINIQUE, tom. 3, page 99 et suivantes.

D'après cette relation et les dessins qui y sont annexés, on voit que la maladie de Talma consistait dans un rétrécissement squirrheux de la partie supérieure du rectum, au point de jonction de cet intestin avec l'S iliaque.

Talma était doué d'une forte constitution, et quoiqu'il jouît dans sa jeunesse d'une santé parfaite, il avait remarqué pourtant que les fonctions du ventre ne se faisaient point d'une manière régulière; tantôt il était tourmenté par une constipation opiniâtre; tantôt il rendait avec effort des matières peu abondantes et non moulées. A une époque peu avancée de sa carrière théâtrale, il abusa des lavements. Il les réitérait quelquefois deux et trois fois par jour, et par ce moyen il recouvrait les forces qui lui manquaient souvent.

Dans le courant de l'année 1825, Talma, étant parvenu à l'âge de 62 ans, éprouva dans les fonctions du ventre des dérangements plus fréquents encore que précédemment, et on s'aperçut, à la suite d'un voyage qu'il fit à Bruxelles, que les matières de déjections étaient souvent mêlées de sang et de mucosités. Pendant cet hiver, il fit usage, d'après le conseil d'un médecin célèbre, de lavements d'eau salée, dans le but de combattre des symptômes de congestion vers la tête. Ce moyen, employé pendant quelque temps, augmenta l'irritation du rectum.

Le 10 mai 1826, Talma consulta M. Biett pour la première fois. Il lui raconta qu'il rendait avec effort, alors qu'il croyait se débarrasser d'une grande quantité de matières, quelques mucosités accompagnées seulement d'un peu de matière stercorale non moulée, en cylindres très-étroits et comme ceux d'un enfant. Les lavements ne parvenaient que très-difficilement dans le rectum; ils étaient rejetés presque aussitôt.

Le 18 juin, Talma se livra à un écart de régime qui fut suivi d'une indigestion et d'une constipation opiniâtre. Les lavements et les douches ascendantes qui furent administrés n'arrivaient dans le rectum qu'à une hauteur peu élevée, et n'entraînaient que quelques parcelles de matière stercorale. M. Biett commença dès lors à soupçonner que la constipation était le résultat d'un obstacle physique, et MM. Marc, Breschet, Lebreton et Dupuytren, réunis en consultation les 9 et 10 juillet, alors qu'il existait déjà des symptômes de péritonite et de tympanite, adoptèrent l'opinion de M. Biett; M. Dupuytren constata, après M. Breschet, la cause de la constipation opiniâtre, et introduisit dans le rectum une sonde œsophagienne, qui fut arrêtée à six ou sept pouces par un obstacle qu'on n'essaya pas de franchir. Les purgatifs et les lavements qui furent prescrits amenèrent des selles composées de matières non moulées. Pour la première fois seulement depuis vingt et un jours, il y eut une émission de gaz par l'anus.

Le 30 juillet, Talma partit pour la campagne, où ses forces s'accrurent d'une manière notable; mais cédant trop souvent aux désirs de son appétit, l'amélioration obtenue ne tarda pas à disparaître. La constipation devint plus grande, et les membres inférieurs commencèrent à s'infiltrer.

Le 26 août, nouvel écart de régime, suivi de vomissements composés de matières d'un noir violacé. A partir de cette époque, la santé de Talma s'altérant notablement, MM. Marc, Breschet, Lebreton, Broussais, Husson, Fouquier, Bourdois, Chaussier, Ferrus, Bégin et Amédée Talma, prirent part aux consultations; mais malgré l'emploi réitéré des purgatifs, des bains sulfureux pris à Enghien, et l'application du galvanisme, on n'obtenait que de loin en loin des émissions de gaz, ou la sortie de matières fétides non moulées. La sonde œsophagienne, introduite de nouveau par M. Dupuytren, était arrêtée invinciblement à six ou sept pouces, et se courbait quand on voulait la faire avancer. Enfin, tous les accidents s'accrurent, la tympanite fit des progrès, et Talma mourut le 18 octobre, après une agonie courte et tranquille.

A l'autopsie, faite par M. Breschet, 24 heures après la mort, on trouva un épanchement dans le bassin, formé par des matières de couleur de bistre. Le rectum présentait à six pouces au-dessus de l'anus un rétrécissement circulaire d'environ deux pouces d'étendue; l'intestin était, dans ce point, dur, résistant, et réduit à trois lignes de diamètre. Au-dessous, le rectum avait le volume de celui d'un enfant.

L'S iliaque, rempli de matières fécales, occupait toute la cavité du bassin, et présentait à sa face antérieure une perforation qui avait livré passage aux matières fécales épanchées dans le bassin. Cet intestin avait contracté des adhérences avec la partie du rectum située au-dessous du rétrécissement, et au centre de cette adhérence existaient la perforation dont nous venons de parler, et un commencement d'ulcération du rectum. En sorte que la nature avait déjà travaillé au rétablissement de la continuité du canal intestinal, interrompu par le rétrécissement.

L'observation de Talma est très-précieuse. On y trouve tout ce qu'on peut désirer dans la relation d'une maladie si digne de fixer l'attention. Les détails historiques sur les antécédents, la maladie, la mort et l'autopsie sont aussi complets que possible, et, ce qui est inappréciable, c'est le dessin de la pièce pathologique, vue sur toutes ses faces. Cette observation est un véritable type qui peut servir de point

de comparaison pour toutes les maladies de la même espèce.

Remarquons, comme je l'ai déjà indiqué, que le rétrécissement de Talma se trouve précisément dans la partie naturellement rétrécie, c'est-à-dire à l'angle de réunion de la fin de l'S iliaque et du commencement du rectum.

Quelle est la cause de la maladie de Talma? Y avait-il une disposition originelle par organisation ou par hérédité? Il est fort difficile de répondre à cette question, et il n'est pas possible même de la résoudre. Sans doute la maladie a commencé par une irritation de la partie naturellement rétrécie de l'intestin rectum; l'abus des lavements a dû augmenter cette disposition, et les lavements d'eau salée surtout ont favorisé le développement du rétrécissement. A quelle époque a commencé la maladie? On ne peut exactement répondre à cette question; mais en remontant aux détails historiques, on voit que le sang et les mucosités que Talma a rendues, étant à Bruxelles, indiquent que l'intestin était déjà fort altéré dans le point rétréci.

Du reste, la maladie est bien caractérisée par les épreintes, les difficultés de défécation, et surtout par les matières rubanées ou moulées, comme celles d'un enfant. Un des amis de ce grand tragédien m'a raconté que se promenant avec lui à la campagne, Talma en voyant un homme du peuple qui accomplissait très-librement la fonction qui était si difficile pour lui, dit, en termes très-énergiques, qu'il enviait son sort: il en est de même des personnes affectées de rétrécissements de l'urèthre; elles éprouvent naturellement la même envie lorsqu'elles voient un jet d'urine sortir librement et avec force.

D'après les détails de l'observation de Talma, on voit qu'il y a eu deux ou trois grands accès de la même maladie. Ce sont des rémissions ou suspensions des symptômes, entre les grandes *débâcles*, comme on l'observe dans toutes les maladies analogues.

L'aggravation des symptômes a été progressive et rapide; les phénomènes ont été les mêmes que dans tous les étranglements des intestins, soit par des hernies ou des volvulus. L'agonie a été courte..., et la mort a été causée par la résorption délétère des matières fécales et des gaz.

Ces réflexions s'appliquent à tous les faits de la même espèce, c'est-à-dire lorsque la mort est précédée par la tympanite stercorale.

L'autopsie de Talma a été faite vingt-quatre heures après la mort, et déjà le ventre présentait *une couleur verte très-prononcée*. Celle de Broussais a été faite trente-six heures après la mort; aussi le cadavre était-il dans un état de putréfaction très-avancée; ce retard a été occasionné par les démarches qu'il a fallu faire pour obtenir l'autorisation de le transporter et de l'ouvrir (1).

D'après l'autopsie de Talma, on a trouvé qu'il y avait un épanchement dans le bassin, suite de la rupture de la fin de l'S iliaque au-dessus du rétrécissement. Cette rupture a été déterminée par une ulcération de la fin de l'S iliaque. Elle avait été produite par un travail admirable de la nature, pour rétablir la voie entre l'S iliaque et le rectum interrompue par le rétrécissement; mais l'épanchement dans le bassin s'est fait avant que la communication ait eu lieu. Malgré ce qui est dit dans l'observation, je ne pense pas que la voie artificielle fût encore le moindrement achevée; car on aurait trouvé des gaz et des matières dans le rectum, qui était rétréci comme

---

(1) Depuis quelque temps, l'autorité impose les plus grandes entraves aux médecins qui veulent faire des ouvertures de corps et des embaumements. Il ne suffit plus d'avoir le consentement des parents, l'examen du médecin-vérificateur des décès et l'autorisation du commissaire de police du quartier; il faut encore, et indispensablement, une permission écrite de la préfecture de police; et si vous négligez cette dernière formalité, vous serez cité en police correctionnelle et condamné à l'amende, vu l'ordonnance du 25 janvier 1838. Cette rigueur nouvelle de la police est extrêmement préjudiciable à la science et à l'humanité; beaucoup de médecins aiment mieux renoncer à des autopsies souvent fort utiles, que de remplir cette série de formalités, et quelquefois avant d'obtenir le permis de la police, le cadavre est putréfié, ou les parents, impatients d'attendre, font l'inhumation. Comme cette rigueur de la police n'est pas motivée dans l'ordonnance, il est difficile de concevoir la véritable raison qui peut faire mettre en vigueur une pareille mesure. Sans doute cette formalité, exigée sévèrement depuis un an, pouvait être utile avant la création des médecins-vérificateurs des décès et des commissaires de police; mais, en bonne conscience, il est évident que tout ce qu'on devrait exiger maintenant pour la *sûreté publique* c'est la permission des parents, l'examen des médecins-vérificateurs, et l'autorisation du commissaire de police du quartier.

Je dois prévenir les praticiens que dernièrement un médecin de mes amis, qui avait rempli toutes les formalités, excepté celle de la préfecture de police, et tout récemment, deux de mes élèves ont aussi été condamnés en police correctionnelle. Quelle peut être la cause de cette sévérité de l'autorité?.. Je l'ignore. Ce n'est certainement pas le préjugé religieux ni le préjugé populaire, comme en Angleterre, et cependant nous ferons remarquer que depuis quelques années les Anglais sont en progrès sous ce rapport. L'autorité favorise les médecins de ce pays de tous ses moyens pour dissiper les préjugés. Comment se fait-il que chez nous cette rigueur augmente en raison inverse de l'Angleterre? Si la police persiste à maintenir cette mesure, elle pourra s'étendre peut-être aux hôpitaux, et c'en est fait alors de l'anatomie pathologique et des progrès de la médecine. Un gouvernement éclairé doit se hâter de faire disparaître ces entraves, qui nuisent aux progrès d'une science qui a aussi illustré notre pays.

celui d'un enfant ; il n'y aurait pas eu de tympanite; le malade aurait peut-être survécu ; mais si Talma eût résisté plus longtemps, il est évident que la nature aurait rétabli la voie. L'anatomie pathologique a déjà, je crois, constaté ce fait dans des circonstances analogues. Remarquons enfin que si on eût fait par hasard une fausse route, ou mieux une ponction dans ce point fluctuant, probablement on eût sauvé le malade.

Comme on le voit d'après l'autopsie et les dessins de la maladie, Talma n'avait qu'un simple rétrécissement du rectum, formé par un épaississement squirrheux des parois de l'intestin. Peut-être serait-on parvenu à guérir cette maladie, si elle eût été située plus bas.

En rapprochant les maladies de Broussais et de Talma, on voit qu'ils sont morts *par la même cause;* c'est le même genre de mort; ils ont succombé tous les deux aux suites d'une obstruction du rectum ; sur Talma, le rétrécissement avait lieu à la partie supérieure, sur Broussais, il occupait la partie inférieure (1).

La tympanite stercorale a été le symptôme prédominant sur Talma, parce qu'il y avait une obstruction complète de l'intestin. Ce symptôme ne s'est pas développé sur Broussais ; la partie rétrécie du rectum livrait encore passage aux gaz et aux matières fécales délayées.

La mort de Talma a été précédée d'une courte agonie. Broussais n'en a pas eu. Talma n'était pas épuisé, il est mort d'un étranglement violent. Broussais, au contraire, est mort par suite d'une obstruction incomplète qui avait épuisé ses forces. L'établissement d'un anus artificiel était indiqué chez les deux malades. Sur Talma, il y avait toutes les chances d'avenir. Sur Broussais, il y en avait beaucoup moins ; mais, enfin, c'eût été peut-être un moyen de prolonger la vie.

Il n'est pas inutile de faire remarquer, je crois, que tous deux étaient doués de la même constitution, de la même stature, et avaient la plus grande analogie d'organisation. C'était la même énergie en pensées, en paroles et en actions ; enfin, deux athlètes en tout genre, et jetés presque dans le même moule.

Admirateur du talent de Talma, je fus profondément frappé à l'époque de sa maladie par les détails affligeants qui transpiraient sur les difficultés de sa position. Je m'occupais alors des rétrécissements de l'urèthre; je réfléchissais aux difficultés de sa situation, comme si j'avais assisté aux consultations nombreuses dont j'entendais parler, et la dissidence d'opinion des consultants (1) m'excitait encore davantage et presque malgré moi. J'étais comme un jeune officier plein d'ardeur qui assiste à une grande action sans pouvoir y prendre part ; il fait ses plans et ses combinaisons comme s'il y était.

Depuis cette époque, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de mettre à profit les méditations et les réflexions qui m'avaient été suggérées par le désir de voir la chirurgie être assez puissante pour conserver des jours aussi précieux que ceux de notre tragédien célèbre, et qui n'a pas encore de successeur.

Que pourrait-on tenter dans des cas analogues à celui de Talma, c'est-à-dire dans les affections de la partie supérieure du rectum ?

Je vais essayer de tracer la marche qu'il me paraît convenable de suivre.

Rarement on est appelé dès le début.

Rarement on reconnaît la maladie quand elle commence.

Supposons qu'on soit appelé pour une affection récente de la portion naturellement rétrécie ; il faut d'abord mettre en usage tous les moyens médicaux, tels que les saignées, les sangsues, les lavements émollients, les révulsifs, la diète et le repos.

Si ces moyens ne suffisent pas, on peut employer les douches, le bassin étant relevé.

Si les symptômes persistent, on doit avoir recours à des moyens plus efficaces. Les mèches, dans ce cas, ne peuvent être employées, parce qu'on ne peut les porter aussi haut sans danger avec un mandrin métallique.

J'ai plusieurs fois employé avec avantage, lorsque le rétrécissement est peu dilatable ou peu avancé, de fortes bougies de cire, grosses comme des chandelles et plus.

Lorsque le rétrécissement est formé, ce que l'on reconnaît par les épreintes, les difficultés de défécation, le retour instantané des lavements, et surtout par les matières rubanées qui indiquent qu'elles passent à la filière, comme le jet de l'urine par un urèthre rétreci, on doit, d'après ces données, soupçonner l'existence d'un rétrécissement du rectum, et faire une exploration attentive. Si le doigt ne peut atteindre le point rétréci, il ne faut pas desespérer, cependant, mais agir dans ce cas comme on le fait pour les rétrécissements de l'urèthre. Pourquoi ne traiterait-on pas les rétrécissements du rectum comme ceux du canal excréteur de l'urine, avec quelques modi-

(1) Sur Talma l'intestin a été examiné en place; sur Broussais, il a été enlevé et déchiré. Aussi, pour bien juger du rétrécissement du rectum et les rapports des lésions organiques, il aurait fallu examiner l'intestin en place, comme je le désirais, le fendre seulement au-dessus ; alors, en passant le doigt dans la portion malade, on aurait acquis par la vue et le toucher des notions qui ont été détruites par l'arrachement et le déchirement de la partie malade.

(1) Voyez l'ouvrage de M. Tanchou, RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE ET DU RECTUM, Paris, 1835, page 239 et suivantes.

fications. Tout ce qu'on peut faire pour les rétrécissements de l'urèthre est applicable à ceux du rectum. Plusieurs fois déjà j'ai eu occasion de me convaincre de ce que j'avance ici.

Une bougie ou sonde à empreinte est souvent fort utile pour indiquer où se trouve l'ouverture du rétrécissement, et surtout pour franchir l'obstacle; j'ai quelquefois employé ce moyen avec avantage; il faut, bien entendu, proportionner la bougie ou la sonde à empreinte, pour la grosseur et la courbure, suivant qu'on veut seulement mouler les parties ou chercher à franchir l'obstacle. L'instrument, garni d'un pinceau de cire molle, pénètre beaucoup mieux dans les sinuosités d'un rétrécissement, qu'une bougie qui en est dépourvue. C'est un fait bien positif et que j'ai constaté bien souvent, surtout pour l'urèthre rétréci et difficile à sonder.

Lorsque les moyens que je viens d'indiquer ne suffisent pas, on doit employer toutes les ressources connues et en imaginer de nouvelles appropriées aux faits particuliers; comme je l'ai dit en commençant, on peut employer utilement les sondes courbes, élastiques et métalliques. Sur Talma, on ne s'est servi que de la sonde œsophagienne; si on eût employé une sonde largement recourbée, peut-être aurait-on pu pénétrer. Du moins, on aurait eu beaucoup plus de chances. Pour favoriser l'introduction des bougies et des sondes, on doit faire des injections, on peut aussi se servir utilement d'un dé armé d'une bougie ou d'un doigt artificiel.

Si malgré tous les essais les mieux combinés on ne réussit pas, et si l'on craint de faire une fausse route, on doit renoncer à ces tentatives; mais, dans quelques cas, on pourrait tenter d'établir une route artificielle par la ponction. Comme on l'a vu, Talma était dans les conditions les plus favorables à ce genre d'opération.

Enfin, s'il n'était pas possible de rétablir la voie par en bas, il faudrait avoir recours à l'opération de l'anus artificiel.

Les rétrécissements carcinomateux ou cancéreux sont bien plus graves encore que les précédents, et presque toujours funestes quand ils ont acquis un certain développement.

Les affections carcinomateuses du rectum ne sont pas rares, mais elles le sont beaucoup cependant en les comparant à celles de l'utérus.

Ces altérations commencent, tantôt par des exubérances, des tumeurs indurées, et le plus souvent par des plaques bosselées ou ulcérées.

Il convient d'abord d'écarter les causes appréciables de la maladie, et d'avoir recours aux moyens médicaux les plus actifs, tels que la diète, les sangsues, les lavements, etc.

Il faut toucher et voir assez souvent la partie malade, pour ne pas se laisser gagner de vitesse par la maladie.

Après avoir épuisé les moyens médicaux, il ne faut pas croire, comme on le pense généralement, que la chirurgie est dans ces cas impuissante. Il faut, au contraire, promptement lui demander des secours. En un mot, il faut faire pour les affections carcinomateuses du rectum, ce que l'on fait pour celles de l'utérus; et pour l'organe qui nous occupe, il est encore plus urgent d'agir promptement, parce qu'il est plus essentiel à la vie.

La cautérisation appliquée aux affections ulcéreuses du rectum est un moyen puissant et beaucoup trop négligé.

Maintenant que nous avons la possibilité de voir dans le rectum par le spéculum, il faut faire pour les affections ulcéreuses du rectum ce que l'on fait avec tant de succès pour celles de l'utérus, pour celles de la face, etc.

Personne ne conteste que l'on guérit les ulcères de la face; pour ma part, j'en ai guéri un bon nombre de la plus mauvaise espèce, et de ceux qu'on désigne sous le nom de *noli me tangere*. Je crois donc avoir préservé les malades d'un envahissement cancéreux par la cautérisation et les moyens auxiliaires. J'en puis dire autant des ulcères du col de l'utérus.

S'il est bien démontré maintenant, et pour moi j'ai l'intime conviction que, lorsqu'on est appelé avant que la maladie ait fait trop de ravages, on guérit par la cautérisation les ulcères du col utérin de la plus mauvaise nature, pourquoi n'en serait-il pas de même de ceux du rectum?

Le point important, c'est d'être appelé à temps et d'agir convenablement. On est appelé à temps quand l'affection ne dépasse pas le col; on est appelé trop tard quand on trouve que la maladie a envahi l'organe et même les tissus voisins, que le col utérin est boursoufflé et représente un renflement cancéreux dont on ne peut pas apprécier les limites. Tous les praticiens qui ont une conviction arrêtée sont comme moi profondément attristés quand ils sont appelés pour de malheureuses femmes qui ont des affections incurables, soit parce qu'elles n'ont rien fait, et plus malheureusement encore parce qu'elles ont employé des moyens insignifiants conseillés par des médecins qui ont négligé plusieurs mois, pendant un an et plus de toucher et d'examiner au spéculum; l'aveuglement des malades et des médecins dans ces cas est bien déplorable, et nous constatons trop souvent ce fait affligeant. Je pourrais citer des exemples récents de victimes de l'incurie, ou d'une médecine mensongère et insignifiante.

La condition des femmes est d'autant plus à plaindre dans ces cas, qu'elles savent trop tôt souvent le sort qui les attend, quand elles finissent par recon-

naître qu'elles ont *un ulcère de la matrice;* mais en général leur résignation égale leur courage; c'est alors qu'on regrette l'impuissance de la chirurgie, malgré les efforts tentés par MM. Récamier, Dupuytren, Lisfranc, etc.

Cette digression sur les affections de l'utérus m'était nécessaire pour me permettre de dire avec force aux praticiens que c'est un devoir pressant et sacré pour eux de toucher et d'explorer avec le spéculum dès qu'ils soupçonnent la moindre altération de l'utérus.

Tout ce que je viens de dire des affections carcinomateuses du col utérin s'applique complétement aux maladies de la même nature qui attaquent le rectum.

Sans doute la cautérisation est bien plus difficile à appliquer dans le rectum que dans le vagin; mais ce n'est pas une raison pour ne pas chercher à vaincre les difficultés et à profiter de cette précieuse ressource pour empêcher, dès le début, le développement d'une maladie si funeste.

Pour les ulcérations ou fongosités du col de l'utérus, je donne la préférence aux caustiques solides comme le nitrate d'argent, la potasse caustique en gros cylindres; les caustiques liquides ne sont pas aussi faciles à manier; ils bavent souvent malgré toutes les précautions.

Je fais de même pour le rectum, et ici l'avantage est encore bien mieux senti, car on circonscrit le col: il est borné par la circonférence du spéculum. Il n'en est pas de même de la partie du rectum sur laquelle on veut agir. Cependant en se servant de mon *speculum ani,* on peut presque avoir le même avantage; mais sur le rectum il faut agir avec beaucoup plus de réserve encore que sur l'utérus, parce que les parois de l'intestin sont molles et minces.

La dilatation et la compression après la chute des eschares ne doivent pas être négligées. La dilatation seule préconisée par Desault ne peut être considérée que comme un moyen palliatif ou auxiliaire de la cautérisation, à moins que l'affection ne soit vénérienne, comme dans presque tous les cas rapportés par ce grand chirurgien.

Lorsqu'il existe des tumeurs pédiculées dans le rectum, on peut les attaquer par la cautérisation, l'écrasement, l'excision ou la ligature; mais je donne la préférence à ce dernier moyen.

La ligature des tumeurs du rectum est infiniment préférable à l'excision, parce qu'elle ne fait redouter aucun des accidents de la division brusque, et particulièrement l'hémorrhagie.

Pour faire la ligature, je me sers de fil de soie très-fin et très-fort; par ce moyen je serre aussi fortement que possible, et je n'ai jamais eu d'accidents.

Si le pédicule de la tumeur est trop gros, je remplace le fil de soie par un fil d'argent que je serre au moyen d'un petit serre-nœud en T.

Lorsqu'il est trop difficile ou impossible de lier les tumeurs, on peut quelquefois avoir recours à l'écrasement. C'est un moyen fort utile et que j'emploie assez souvent quand il faut agir à une grande profondeur et dans le voisinage d'organes importants, et surtout des vaisseaux et des nerfs.

L'excision des tumeurs du rectum est en général un moyen très-expéditif et commode; mais comme il est fort dangereux, il faut être très-réservé dans l'emploi de ce procédé, parce que le rectum est extrêmement vasculaire.

Les hémorrhagies suite de l'excision doivent rendre très-circonspect dans l'emploi de ce moyen. Les accidents arrivés à la suite de son emploi sont très-fréquents et ont été trop souvent funestes. Les praticiens doivent donc être sur leurs gardes quand ils lui donnent la préférence, ou s'ils sont forcés d'y avoir recours.

Lorsque la maladie affecte les parois du rectum et qu'elle a envahi toute la circonférence d'une partie de cet intestin, si la cautérisation était impuissante, faudrait-il avoir recours à l'extirpation de la partie malade?

L'ablation d'une partie du rectum est une opération extrêmement grave; il faut bien en peser les chances avant de l'entreprendre.

Je crains qu'on ne puisse dire, d'après les résultats, qu'il en est de l'extirpation d'une portion du rectum comme de celle de la matrice: rarement elle réussit.

Enfin lorsqu'on ne peut vaincre l'obstacle et détruire la maladie, s'il n'existe pas de complication et de contre indication, il ne reste plus qu'un moyen pour essayer de prolonger les jours du malade, c'est d'établir un anus artificiel.

Sans doute, c'est acheter la vie bien cher que de la devoir à une infirmité si dégoûtante; mais qui ne voudrait à ce prix avoir pu conserver quelques années de plus Talma, Broussais, et tous ceux qui sont morts trop tôt par la même cause?

Il y a plusieurs années, j'ai été appelé par M. le docteur Bousquet pour donner des soins à M. de Saint-A.... Il avait une obstruction du rectum; les purgatifs et les moyens mécaniques furent impuissants; il nous était impossible de vaincre l'obstacle qui était situé très-haut dans le bassin. Après avoir inutilement attendu plusieurs jours l'effet des purgatifs et des moyens mécaniques, la tympanite stercorale se déclara, et alors au lieu de laisser mourir le malade des suites de la rétention des matières fécales, je proposai d'établir un anus artificiel; ma proposition ne fut pas acceptée. Le malade mourut quelques jours après. On ne nous permit pas de l'ouvrir.

M. Bousquet, en faisant des recherches sur cette maladie, me dit qu'il existait un fait en faveur du moyen que je proposais, et qu'il se trouvait dans le manuel d'Odier, de Genève. En effet, dans le MANUEL DE MÉDECINE PRATIQUE de Louis Odier, de Genève (2e éd. 1811, p. 274), on trouve qu'après avoir parlé des moyens propres à combattre la tympanite stercorale, tels que l'huile de ricin, les pilules de Pringle, les lavements, des suppositoires fort actifs, il ajoute: « Ou enfin, par l'entérotomie que j'ai vu faire avec succès; c'était sur une malade, âgée de 70 ans, qui, après une diarrhée de quelques mois, se trouva constipée au point que les purgatifs les plus forts furent sans effet; le ventre se tendit et devint douloureux. Il survint enfin des symptômes très-prononcés de gangrène, et une mort prochaine semblait inévitable. Dans cette extrémité nous résolûmes de tenter l'opération, et elle réussit. M. Fine qui la pratiqua fit une incision dans la partie de l'abdomen qui était plus saillante; il retint ensuite l'intestin à la surface de la plaie, en passant au travers du mésentère un fil qu'il assujettit sur les côtés du ventre par des bandelettes d'emplâtre agglutinatif. Il ouvrit enfin l'intestin par une incision assez longue pour donner issue aux matières fécales qui en sortirent en abondance. La tension et les symptômes de gangrène diminuèrent d'abord et cessèrent entièrement peu de jours après. L'intestin contracta bientôt avec les bords de la plaie des adhérences qui rendirent le fil inutile. Il s'y forma un anus artificiel, par lequel les matières fécales sortaient, non pas continuellement comme nous nous y étions attendus, mais une ou deux fois par jour seulement, et avec un sentiment de besoin préalable, qui donnait à la malade le temps de préparer le petit pansement nécessaire pour ne pas se salir. A cette incommodité près, elle fut pendant plus d'un an assez bien pour aller et venir et faire toutes ses fonctions. Alors elle devint hydropique et mourut; à l'ouverture on trouva une tumeur fort dure, qui comprimait l'intestin rectum à son origine, et l'oblitérait entièrement. »

Le fait qui précède est extrêmement précieux, mais il manque de détails importants.

Remarquons d'abord que c'est sur une femme de 70 ans qu'a été pratiquée une opération aussi grave; déjà il y avait des symptômes de gangrène, et l'opération a réussi, malgré une pareille complication; on dit que l'ouverture du ventre a été faite dans le point le plus saillant, sans doute au milieu. On ne dit pas quel est l'intestin qui a été ouvert; il est probable que c'est le colon transverse. Quoi qu'il en soit, le fait reste. Il suffit pour engager les chirurgiens à suivre cette conduite éclairée et courageuse.

Depuis que je connais le fait précieux de Fine cité par Odier, j'ai inutilement cherché dans les manuels d'opération et même dans les traités de médecine opératoire et de chirurgie. On ne parle que de l'anus artificiel chez les enfants; mais j'ai trouvé dans les journaux et les dictionnaires de médecine quelques autres faits analogues à celui de Fine qui ont encore fortifié mon opinion et étayé les raisons qui militent en faveur de cette opération hardie.

En 1814, le docteur Martland a pratiqué avec succès l'opération d'un anus artificiel sur un homme robuste dont le rectum était complétement obstrué par une tumeur. Ce fait a été publié dans l'EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL, octobre 1825, p. 271.

En 1817, le docteur Freer, de Birmingham, a pratiqué une opération d'anus artificiel sur un homme, âgé de 47 ans, qui mourut le dixième jour.

En 1820, Pring a pratiqué avec succès la même opération sur une femme, âgée de 66 ans. Ces deux faits ont été publiés dans le LONDON MED. PHYS. JOURNAL, 1821 (1).

D'après les faits que je viens de rapporter, on voit que cette grave opération a réussi trois fois sur quatre des faits connus; tandis que chez les enfants, elle n'a réussi que trois fois sur un grand nombre de tentatives.

Aux faits concluants en faveur de l'opération de l'anus artificiel, nous devons ajouter l'opinion de Dupuytren. Dans son article *anus anormal* du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES; il approuve et conseille complétement l'opération de l'anus artificiel dans les cas analogues à celui de Talma.

L'établissement d'un anus artificiel est un parti violent qu'on ne peut prendre qu'en désespoir de cause et après avoir vainement attendu l'efficacité de tous les autres moyens. Sans doute, il ne faut pas se presser; on ne doit pas tenter trop tôt une pareille opération; mais aussi il ne faut pas le faire trop tard. Il convient de prendre toutes les précautions possibles, et de n'y avoir recours qu'après de sérieuses réflexions, et après l'avoir décidée en consultation avec les hommes les plus capables; du reste, il est bien probable qu'on la fera en général plutôt trop tard que trop tôt.

L'ouverture de l'intestin est comme la ponction de la vessie, l'une vaut l'autre; ce sont les mêmes indications qui doivent porter à tenter des opérations aussi périlleuses. La tympanite stercorale qui résiste à tous les autres moyens est, en général, le symp-

(1) Ils ont été traduits en entier dans une brochure de M. Costallat intitulée ESSAI SUR UN NOUVEAU MODE DE DILATATION, PARTICULIÈREMENT APPLIQUÉ AUX RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM. Paris, 1834, p. 79 et suivantes.

tôme le plus saillant d'une affection extrêmement grave et presque toujours mortelle.

Déjà plusieurs fois j'ai été appelé dans des cas de cette espèce, et lorsqu'il y avait un obstacle insurmontable au cours des matières et même des gaz.

Après m'être convaincu de l'existence d'une affection organique, et avoir épuisé toutes les ressources, j'ai proposé et insisté fortement sur la nécessité d'établir une autre voie à l'intestin bouché complétement; mais, je dois le dire, je n'ai pas été secondé par la majorité des consultants, et par les malades eux-mêmes.

J'avoue que si je trouvais l'occasion d'établir un anus artificiel, je serais fort embarrassé sur le choix du procédé; car il est difficile de dire, d'après les résultats, quel est le plus avantageux, parce qu'on ne connaît guère que les succès; d'ailleurs, ils n'ont pas tous été également tentés; celui de Callisen, par exemple, n'a été appliqué sur le vivant qu'une fois par M. Roux; c'était sur un enfant imperforé qui mourut deux heures après l'opération.

Un seul fait ne suffit pas pour faire rejeter un procédé, comme le font tous ceux qui en parlent sans prendre la peine de donner des raisons et sans dire même s'ils l'ont essayé; beaucoup de motifs me portent à croire qu'ils n'ont pas suivi le conseil que je donne plus loin pour apprécier les trois procédés à leur juste valeur.

Malgré les succès obtenus par l'opération de Littre, je ne puis m'empêcher de dire que le meilleur procédé est, à mon avis, celui qui permet d'amener facilement les orifices de l'intestin divisé, au niveau de la plaie sans intéresser le péritoine.

Du reste, pour bien juger cette question, il faut essayer les divers procédés. Sur le même cadavre, on peut les exécuter tous les trois et les comparer.

En ouvrant la région lombaire gauche en avant, pour aller chercher le colon, on s'aperçoit de suite qu'on ne peut amener l'intestin à la peau, parce qu'il est profondément situé et attaché au fond de cette région. Par conséquent, il ne faut pas insister sur ce procédé; il doit être abandonné complétement.

Si on ouvre l'abdomen dans la fosse iliaque gauche, à un pouce en avant de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, on tombe sur le commencement de l'S illaque, au moment où le colon passe de la région lombaire dans le bassin, là, où il forme un anse qu'on trouve facilement, et qu'on amène aisément à la peau, surtout en prenant l'anse le plus bas possible.

Sur le même cadavre, on peut pratiquer le procédé de Callisen. Pour cela on retourne le sujet, et on fait une incision en arrière de la région lombaire parallèlement au bord externe du muscle carré des lombes.

En réfléchissant au procédé de Callisen, j'ai pensé qu'il serait beaucoup plus avantageux, sous tous les rapports, de faire l'incision en travers de la région lombaire, au lieu de la faire en long. D'abord, on voit mieux ce qu'on fait, et par conséquent on est plus sûr de découvrir l'intestin et de l'attirer au dehors sans intéresser le péritoine. En outre, par cette simple modification de l'incision, on évite beaucoup de vaisseaux et de nerfs importants.

Sur le même cadavre, on peut de suite se convaincre de ce que je dis en faisant une incision en travers, au-dessus et au-dessous de la terminaison de la première.

Les faits observés sur l'homme et les nombreuses expériences que j'ai faites sur les animaux vivants pour établir un anus artificiel et le guérir ensuite m'ont appris que la première condition du succès c'est de faire saillir plus que moins les bouts de l'intestin, surtout le supérieur, et de les assujettir fortement à la peau, afin d'empêcher leur rétraction; car le moindre épanchement de bile ou de matière fécale détermine des inflammations mortelles en peu de temps. Le fil que l'on conseille généralement de passer dans le mésentère me paraît un moyen dangereux et insuffisant; il est bien préférable, sous tous les rapports, de faire la suture des bouts de l'intestin en l'attachant à la peau.

Comme on vient de le voir, d'après les expériences que j'ai faites sur les cadavres et sur les animaux, je serais bien tenté de donner la préférence au procédé de Callisen, puisque c'est celui qui permet le mieux de suivre les deux conditions essentielles, c'est-à-dire d'amener facilement les bouts de l'intestin au niveau de la peau, et c'est le seul dans lequel on puisse éviter d'intéresser le péritoine. De plus, on n'a pas à redouter la sortie des intestins grêles, comme par le procédé de Littre.

Il n'est pas inutile de faire remarquer que, lorsqu'on pratique cette opération sur l'homme, le gros intestin est distendu par des matières fécales et des gaz. Cette disposition rend l'opération plus facile et permet d'éviter, plus sûrement encore, d'intéresser le péritoine; mais cette condition n'est pas nécessaire, comme on peut s'en convaincre, en essayant ce procédé sur le cadavre.

Maintenant, supposons l'anus anormal établi par le procédé de Callisen, comparons-le à celui de Littre, c'est-à-dire vis-à-vis la fosse iliaque gauche. Il me semble qu'il y aurait, sous tous les rapports, autant et plus d'avantage à avoir un anus anormal en arrière qu'en avant de l'abdomen.

Je livre ces remarques aux praticiens. Pour juger sainement, il suffit, comme je l'ai déjà dit, d'essayer sur le cadavre et de comparer. Du reste, c'est un devoir, car il s'agit ici de la haute chirurgie, de la chirurgie exceptionnelle. Il faut être bien préparé pour être prêt à agir consciencieusement dans l'occurrence, et, pour être en mesure, il faut médi-

ter et faire des expériences sur le cadavre et même sur les animaux vivants, avant d'oser l'appliquer sur l'homme, et ce genre d'essai est complétement négligé dans les cours d'opération. On est bien sûr de soi quand on a essayé, comparé et médité les divers procédés relatifs à un mode opératoire. Cette règle de conduite, qui est applicable à toutes les opérations, est bien plus indispensable encore quand il s'agit d'une opération fort insolite et qui fait peser sur le chirurgien une si grande responsabilité. Après ces conditions essentielles, il y en a une autre plus importante encore. Pour pratiquer consciencieusement la chirurgie, il faut se supposer à la place du malade pour s'identifier avec lui autant que possible et compatir véritablement à sa situation. Dès qu'on y est parvenu, il suffit de s'adresser à soi-même la question suivante : Si j'étais en pareille occasion, me laisserais-je faire l'opération que je propose et que je crois indispensable? Si la réponse est affirmative, on peut opérer sans crainte de remords; c'est ce que je fais et ce que je conseille aux chirurgiens qui suivent mes cours. Il est surtout utile d'en agir de la sorte lorsque le cas est urgent, lorsqu'on n'a pas la possibilité d'avoir des consultants, lorsqu'enfin on est réduit à ses propres forces. C'est alors qu'on peut tirer un grand parti de cette consultation intérieure avec soi-même.

Malgré toutes ces précautions, il n'est pas inutile de faire remarquer la difficulté de la chirurgie et des grandes opérations quand elles s'appliquent surtout à des hommes comme Talma et Broussais.

Sans doute, la chirurgie est périlleuse pour l'opérateur quand il la fait sur des personnes éminentes; mais avec un jugement droit et ferme et en agissant avec une grande circonspection, le chirurgien doit aussi ne pas trop s'en préoccuper; il doit même, pour agir librement, se débarrasser de cette gène et ne voir que le salut du malade. Enfin, après mûres réflexions, il faut proposer tout ce qu'il conviendrait de faire sur tout autre malade et appeler les hommes les plus éclairés et les plus consciencieux à donner leur avis. S'ils approuvent l'opération proposée, on n'a plus que la responsabilité de l'exécution; quoiqu'elle soit grande et immense et qu'elle fasse quelquefois reculer les hommes le plus haut placés, il faut avoir le courage de sa position, et c'est ici le cas de dire : « Fais ce que dois, advienne que pourra. »

On est bien fort quand on a la vérité et la droiture pour soi. La calomnie même est souvent impuissante ou facilement confondue.

Ces réflexions pratiques, jetées à la hâte, à l'occasion de la maladie de Broussais, prouvent évidemment qu'il ne faut jamais abandonner les malades qui ont le malheur d'être affectés des maux les plus difficiles à guérir, ou même incurables, et, pour s'excuser, il ne suffit pas de dire qu'on les croit au-dessus des ressources de la chirurgie; car il est certain qu'avec une persévérance éclairée et courageuse on triomphera souvent des difficultés qu'on aurait pu croire insurmontables, et l'on parviendra, j'espère, à sauver ou, au moins, à prolonger la vie de malades qu'on regarde généralement comme voués à une mort certaine.

GAZETTE MÉDICALE. — Janvier 1839.

CONSIDÉRATIONS

Sur le rectocèle vaginal et sur son traitement.

Le rectocèle vaginal est une affection nouvelle, ou, pour mieux dire, nouvellement décrite, qui consiste dans un prolapsus de la partie antérieure du rectum à travers la vulve. Elle a reçu ce nom de M. Malgaigne, qui en a donné la description et tracé l'histoire complète dans un travail récemment publié parmi les Mémoires de l'Académie royale de médecine; c'est ce travail qui nous servira principalement de guide dans le cours de cet article.

Comment se fait-il d'abord que presque tous les écrivains, anciens ou modernes, aient passé cette affection sous silence? Sabatier seul en France en a dit quelques mots dans son mémoire sur les déplacements de la matrice et du vagin, inséré dans le 3e volume des Mémoires de l'Académie royale de chirurgie; et, chose assez singulière, il a traité depuis des prolapsus utérins et vaginaux dans sa médecine opératoire, sans rappeler ce qu'il avait dit de ce prolapsus spécial. Clarke en Angleterre, Monteggia en Italie, en font aussi mention en passant, et en le confondant avec la chute propre du vagin; nul autre avant ni après eux n'en a parlé; et la meilleure preuve de l'obscurité dans laquelle on l'avait laissé, c'est qu'il n'avait pas même reçu de nom.

S'agit-il donc ici d'une de ces maladies rares qui ne se rencontrent qu'au hasard et de loin à loin, même dans une pratique très-étendue? En aucune manière; M. Malgaigne, en se fondant sur une masse de quatre-vingts cas par lui observés de divers prolapsus des organes génitaux de la femme, établit que le rectocèle vaginal, simple ou compliqué, est plus commun que les chutes de matrice; beaucoup plus commun surtout que le simple prolapsus du vagin; le cystocèle vaginal seul lui a paru plus fréquent.

Est-ce au moins une lésion légère, et que les femmes portent pour ainsi dire sans s'en apercevoir? Loin de là; dans les cas les plus légers, les malades ont encore besoin d'un pessaire qui soutienne la tumeur; dans les cas graves elle exerce

sur la digestion une influence qui se manifeste par les phénomènes les plus fâcheux.

Il est probable que cette maladie est restée inconnue par les deux causes suivantes : premièrement, parce que les malades affectés d'un prolapsus quelconque s'imaginent avoir affaire plutôt à un bandagiste qu'à un chirurgien ; deuxièmement, parceque les chirurgiens eux-mêmes, lorsqu'on est venu les consulter, se sont bornés à un examen superficiel, et ont confondu ce prolapsus avec d'autres déplacements ; M. Malgaigne en cite plusieurs exemples auxquels nous en ajouterons quelques-uns qui lui ont échappé.

Les causes du rectocèle vaginal ne sont pas nettement connues, du moins pour les causes prochaines ou efficientes. M. Malgaigne a recherché l'influence de l'âge ; sur treize femmes chez lesquelles il a exactement noté l'époque de l'apparition du rectocèle, il y en avait :

De 22 à 30 ans.	4
De 31 à 40.	4
De 41 à 50.	4
De 33.	1

D'où il semble qu'on pourrait déduire que le rectocèle a lieu de préférence dans l'âge adulte des femmes ; et que la constipation plus prononcée dans la vieillesse a sur sa production moins d'influence qu'on ne croirait.

Toutes les malades soumises à l'observation de l'habile chirurgien dont nous exposons ici les recherches avaient eu des enfants avant leur accident, à l'exception d'une seule qui eut son rectocèle par suite d'une chute faite au sixième mois de sa première grossesse. Sur douze autres observations où ce point d'étiologie a été noté, on trouve que

3 femmes avaient eu	1 enfant.
2	2 enfants.
2	3
2	4
1	6
1	7
1	10

Enfin une autre, qui n'a pu préciser l'âge auquel le prolapsus lui était arrivé, avait eu dix-sept enfants, dont neuf en trois couches, et avait gagné un cystocèle et un rectocèle durant sa dernière couche.

Voilà pour les causes prédisposantes ; quant aux causes prochaines, elles se trouvaient ainsi réparties sur les malades.

4 n'étaient point enceintes ; le rectocèle était survenu par l'effet d'une chute, d'un coup, ou de quelque effort ;

3 étaient grosses de six à neuf mois ; dans deux de ces cas le rectocèle était venu sans autre cause apparente que la grossesse ;

6 l'avaient eu à la suite de couches ;

1 à la suite d'un avortement.

Ainsi donc, quelquefois le rectocèle survient brusquement, à l'occasion d'une violence subite ; d'autres fois, la cause et la date précise de son apparition demeurent ignorées ; il survient peu à peu, par l'influence lente et prolongée de la grossesse, ou dans les suites de couches. Cette étiologie n'est pas différente au fond de celle des hernies abdominales qui, elles aussi, surviennent tantôt lentement, tantôt brusquement ; nous verrons bientôt que le rectocèle se rapproche également des hernies par les symptômes qu'il détermine.

Le rectocèle se manifeste au dehors par une tumeur arrondie, faisant saillie à travers la vulve, tantôt lisse, tantôt offrant à sa surface les plis de la muqueuse vaginale, suivant la grosseur qu'elle atteint ; relativement à son volume, tantôt c'est un simple pli qui dépasse à peine l'orifice du vagin, tantôt se prononçant fortement au dehors, écartant et dépassant les grandes lèvres, et arrivant jusqu'à la grosseur d'un œuf de poule et même du poing. Elle sort et se gonfle davantage durant les efforts, et diminue après l'effort passé, absolument comme une tumeur herniaire.

Jusque-là rien n'est encore caractéristique ; une tumeur à peu près pareille peut être produite par un prolapsus de la muqueuse vaginale, par un abcès développé derrière cette muqueuse ; par une hernie intestinale qui aurait glissé entre le vagin et le rectum ; ou bien enfin par un de ces kystes du vagin signalés par MM. Lisfranc, Bérard et Malgaigne. Plusieurs des femmes observées par ce dernier avaient vu des médecins ou des bandagistes qui avaient diagnostiqué une chute de matrice ; mais alors l'erreur est si grossière qu'à peine est-il nécessaire d'en mentionner la possibilité ; en effet, la tumeur du rectocèle est indépendante de la saillie du col utérin qu'on trouve plus haut et plus en avant. Le prolapsus de la partie postérieure de la muqueuse vaginale induirait plus facilement en erreur. Nous n'omettrons pas, à cette occasion, une remarque importante de M. Malgaigne. C'est que le prolapsus du vagin est une affection des plus rares ; il n'en a rencontré jusqu'à présent que trois cas ; dans ces trois cas, la saillie de la muqueuse vaginale était bornée à la portion postérieure et inférieure de cette muqueuse, et ne s'étendait point sur les côtés, bien moins encore en avant. Cette saillie était fort petite dans les deux premiers cas, et dans le troisième elle ne dépassait pas le volume d'une petite noix. Faut-il donc rejeter comme une pure hypothèse cette description classique du prolapsus du vagin, suivant laquelle la saillie serait circulaire et la descente comprendrait toute la

circonférence du canal? M. Malgaigne n'a trouvé qu'un seul exemple de ce prolapsus circulaire ; il avait eu lieu durant le travail ; mais d'après la description de Mauriceau, à qui ce fait est dû, il y avait à la fois descente du vagin et de la matrice ; et ce ne serait pas en conséquence un exemple réel de prolapsus simple du vagin.

Quoi qu'il en soit, à s'en rapporter aux trois faits observés par M. Malgaigne, il y aurait tout au moins un prolapsus spécial de la muqueuse vaginale en arrière, simulant exactement à la vue le rectocèle vaginal, hormis peut-être qu'il n'atteint pas à un aussi gros volume; mais ce caractère serait insuffisant pour le diagnostic différentiel. Un moyen très-simple et vraiment pathognomonique ne laissera aucun doute sur ce diagnostic. Portez le doigt indicateur dans le rectum; si vous sentez la paroi antérieure du rectum en place, et éloignée de la tumeur vaginale, il n'y a pas de rectocèle ; si le doigt recourbé en crochet constate que la muqueuse rectale plonge au fond de cette tumeur, si ce doigt arrive ainsi à deux ou trois lignes de la surface de la tumeur, évidemment le rectum en fait partie, et le rectocèle est reconnu.

L'introduction du doigt dans le rectum, voilà donc le criterium du diagnostic différentiel de ces diverses tumeurs; car il sert aussi bien à distinguer le rectocèle des abcès, des kystes du vagin et des hernies intestinales qui descendent entre le rectum et le vagin, et que Sir A. Cooper a nommées *hernies vaginales*.

Nous nous arrêterons un moment sur le diagnostic précis de ces dernières tumeurs, afin de montrer qu'il reçoit une nouvelle clarté de l'introduction du doigt dans le rectum conseillé par M. Malgaigne pour son rectocèle vaginal. Sir A. Cooper, qui ne parle point de celui-ci, a consacré un chapitre spécial aux autres ; il y rapporte un fait qui lui appartient, et deux autres faits qui lui ont été communiqués par M. Sims. Le premier regarde une femme de vingt ans, n'ayant jamais eu d'enfants, et qui portait à la partie postérieure du vagin, toutefois un peu à gauche, une tumeur dont le volume égalait celui d'une petite bille de billard. Une compression modérée la faisait rentrer facilement; elle ressortait au moindre effort. Elle empêchait la malade de se livrer à de fortes occupations, et lui occasionnait alors une sensation de chute intérieure, de déplacement en bas, comme si quelque chose allait crever à travers la partie.

Qu'est-ce que c'était que cette tumeur? Sir A. Cooper la qualifie de hernie vaginale; et pourquoi? « Ayant porté, dit-il, les doigts dans le vagin au-dessus du siége de la tumeur et près de l'orifice utérin, j'exerçai une pression sur le vagin vers le rectum, je prescrivis à la malade de tousser, et la tumeur ne se reproduisit pas. » Mais la même chose arrive dans le rectocèle vaginal; en effet, en pressant de bas en haut sur la paroi postérieure du vagin, on tend cette paroi comme un mur qui empêche le rectum de la refouler et de faire saillie. Sir A. Cooper a-t-il eu affaire à un rectocèle ou à une véritable hernie vaginale? On peut conjecturer, d'après l'âge de la malade, l'absence de toute grossesse antérieure ou présente, et le siége un peu latéral de la tumeur, qu'il s'agissait plutôt d'une hernie; mais évidemment il n'est pas permis de l'affirmer.

Les deux observations de M. Sims sont bien plus douteuses encore. Une femme de trente ans portait une tumeur à la partie postérieure du vagin; le diagnostic était resté douteux pour plusieurs médecins, le docteur Sims parvint à reconnaître que la tumeur contenait des matières fécales solides. Il fit donner un lavement, à la suite duquel la tumeur devint plus molle et céda à une légère pression. Dans la dernière observation, il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, portant une tumeur semblable, pour laquelle elle fut obligée de porter un pessaire en forme de globe; il n'y a pas d'autres renseignements qui aient trait au diagnostic.

Il est trop évident que le titre de *hernies vaginales*, donné par Sir A. Cooper à de pareilles observations, est aujourd'hui plus qu'aventuré. Le rectocèle peut aussi contenir des matières fécales, bien que la chose soit rare; il détermine le même sentiment de faiblesse et de pesanteur; et, pour dire toute notre pensée, de même que nous avons regardé comme probable que la première malade avait une hernie vaginale réelle, il nous paraît également probable que les deux sujets de M. Sims n'avaient que des rectocèles; ce que pourtant, faute de renseignements suffisants, personne ne pourrait affirmer.

Cette digression n'est pas sans importance; elle rejette dans le doute une bonne partie de l'histoire des hernies vaginales; elle avertit le praticien du risque d'une méprise; et si le diagnostic a pu jamais être évalué à la moitié de l'art, c'est surtout pour les déplacements de tout genre dont la diversité influe tant sur la pratique.

Enfin il y a une autre possibilité d'erreur pour les médecins qui ne se frappent que des phénomènes généraux, sans remonter à la cause locale; nous en citerons tout à l'heure un remarquable exemple; et ceci nous conduit à tracer l'histoire des symptômes produits par le rectocèle vaginal.

Nous n'insisterons pas sur la faiblesse, la pesanteur, le sentiment de descente, qui est commun au rectocèle et à toutes les hernies; chez une femme qui portait un rectocèle simple du volume du poing, à ces premiers phénomènes se joignaient des douleurs dans les reins. Mais le symptôme le plus important est la constipation. Les malades faisant effort pour aller

à la selle, la tumeur se gonfle, devient dure, se remplit de matières fécales, tandis que l'anus est comme resserré par une contraction spasmodique et empêche les matières de sortir. Soit à raison de cette irritation, soit par toute autre cause, bientôt la constipation, devient essentielle, et le besoin d'aller à la selle ne se fait sentir que quand il y a du trop plein.

Cette constipation n'est pas toujours en rapport avec le volume de la tumeur. Une femme portait avec un cystocèle assez gros, un rectocèle borné pour ainsi dire à un simple pli de la paroi recto-vaginale. Or, avant l'apparition du rectocèle, elle allait librement à la selle, tous les jours ou au moins tous les deux jours; aussitôt après la constipation commença. Il lui fallut d'abord des lavements dont elle dut augmenter le nombre en même temps qu'ils devenaient moins efficaces. « Aujourd'hui, dit l'auteur, quoiqu'elle en prenne trois à quatre chaque fois que le besoin de la défécation se fait sentir, elle reste quelquefois huit jours sans aller à la selle. Lorsque la constipation dure autant, elle éprouve des étouffements, des sueurs comme si elle était dans un feu; quand enfin l'évacuation se fait, elle rend des crottins durs et ronds comme des noix, qui écorchent l'anus en passant; et elle ajoute cette circonstance remarquable, *qu'ils sont blancs comme s'ils étaient enveloppés d'une toile blanche*. Du reste, l'appétit a beaucoup perdu, les digestions sont difficiles, et depuis sept ans qu'elle a perdu ses règles, elle est sujette à des frissons qui reviennent fréquemment. »

Quelques femmes échappent à cette fâcheuse conséquence de leur affection. M. Malgaigne en a vu deux dont l'une allait tous les jours à la selle, sans douleur; la seconde n'avait besoin que de soutenir avec la main et de refouler sa tumeur. D'autres vont à la selle à l'aide d'un seul lavement; mais ces cas sont les plus rares, et la constipation est le phénomène le plus général. C'est à cette constipation que se rallient la plupart des symptômes secondaires.

Chez la plupart des malades, la dureté des excréments est telle qu'ils écorchent l'anus, ce qui augmente encore la constriction du sphincter; chez plusieurs, les efforts de défécation amènent les hémorrhoïdes, le renversement de la muqueuse du rectum, qui complique le rectocèle sans le diminuer, et enfin un écoulement de sang. Mais c'est la digestion surtout qui souffre le plus; bientôt suivent des coliques et des tiraillements d'estomac; l'inappétence, la mauvaise digestion, une altération dans la nutrition qui devient tous les jours plus alarmante; et enfin quelquefois des crises nerveuses et une fièvre d'accès rebelle viennent compléter le tableau. Heureuse la malade, si quelque médecin inattentif, pensant n'avoir à combattre qu'une constipation essentielle, n'achève pas de détruire la constitution par des purgatifs violents et fréquemment réitérés!

L'anatomie pathologique n'apporte guère plus de lumières sur la nature de la maladie que l'observation sur le vivant; dans un cas unique d'autopsie, on constata une poche formée par la dilatation de la cloison recto-vaginale; les parois de la poche étaient aussi épaisses que le reste de la cloison. Ce n'est donc pas le rectum tout entier qui se projette à travers la vulve, mais seulement sa paroi antérieure qui se dilate; et, suivant l'expression de M. Malgaigne, c'est une sorte d'anévrysme du rectum.

Le rectocèle n'existe pas toujours à l'état simple; il peut se joindre à d'autres prolapsus, et, chose remarquable, bien plus fréquemment avec le cystocèle qu'avec la chute de l'utérus. Dans la plupart des cas l'utérus demeure à sa place. Voici d'ailleurs, sur un total de seize observations écrites, la proportion de ces complications :

Rectocèles simples.	5
Rectocèles avec cystocèle.	7
Rectocèles avec chute de l'utérus.	1
Rectocèles avec chute de l'utérus et cystocèle.	3

Le rectocèle peut-il disparaître spontanément? M. Malgaigne en a vu un cas unique. Une femme de trente ans eut un rectocèle du volume du poing à la suite d'une fausse couche; il s'accompagnait d'une constipation qui durait depuis cinq jours; et toutefois la tumeur ne contenait aucune matière. On donna quelques lavements; des selles eurent lieu; dès le lendemain la tumeur avait disparu, et près d'un mois après un examen attentif n'en fit pas reconnaître la moindre trace.

Cette guérison spontanée est bien remarquable, surtout à raison du gros volume de la tumeur, et il serait difficile de l'expliquer. Notons seulement que le rectocèle était tout récent, et que quand il a duré quelque temps, il ne paraît plus susceptible de disparaître.

Est-il possible au moins d'en procurer la cure radicale? M. Malgaigne pense que si l'on avait à tenter quelque opération, il faudrait commencer par enlever une portion des tuniques élargies du rectum, de manière à rendre à cet intestin à peu près son calibre; alors l'ablation partielle de la muqueuse vaginale et l'adossement des deux cicatrices suffiraient probablement pour empêcher la récidive. Mais la cure palliative lui paraît, comme à nous, plus certaine et moins dangereuse; peu de mots suffiront pour l'exposer.

L'indication est de contenir la tumeur; on peut y parvenir de deux manières; en tendant la paroi recto-vaginale à l'aide d'un pessaire approprié, ou bien en agissant uniquement sur la tumeur. Les ban-

dagistes qui traitent de pareils prolapsus appliquent le pessaire en gimblette de forme ronde ou ovale; et dans quelques cas les femmes se sentent réellement soulagées, bien que jamais d'une manière complète; le plus ordinairement, ces pessaires ne produisent rien. Cela se conçoit; le pessaire refoulé par la matrice dans les efforts cesse de tenir la paroi recto-vaginale tendue, et la tumeur reparaît. M. Malgaigne a donc cherché à remplir l'indication par le deuxième procédé; il a fait fabriquer pour cet objet un pessaire en caoutchouc en forme de sablier, savoir : un entonnoir large et ouvert en haut dans la moitié supérieure du pessaire; cet entonnoir n'a pour but que d'assujettir l'instrument dans le vagin et de recevoir le col de l'utérus; et le second entonnoir, plus petit, ouvert en bas, refoule directement la tumeur en arrière, et lui offre de plus un point d'appui sur la gouttière qui le sépare du premier. La largeur du pessaire dépend de la dilatation du vagin même; pour sa hauteur l'expérience a appris qu'il ne faut pas s'en rapporter à la mensuration du vagin avec le doigt. Si le pessaire avait la hauteur totale du vagin, il serait repoussé au bas au moindre effort, et sa circonférence distendrait l'orifice du vagin et froisserait désagréablement la muqueuse. Il importe donc qu'il soit placé de telle sorte que l'orifice vaginal soit à trois ou quatre lignes au-dessous, et que la matrice au-dessus soit assez libre pour s'abaisser et s'élever selon les mouvements de la femme, sans lui communiquer de trop fortes impulsions.

Ce pessaire contient très-bien et il compte déjà de nombreux succès. Le plus remarquable est sans doute celui d'une femme qui fut présentée au rapporteur chargé par l'Académie de lui rendre compte du travail de M. Malgaigne et que nous avons examinée nous-même. Elle avait quarante-sept ans, et portait son rectocèle depuis l'âge de vingt-deux ans. La constipation avait été toujours en augmentant; à la suite étaient survenus l'inappétence, les digestions pénibles, des étouffements, des crises nerveuses terribles, et enfin une fièvre d'accès revenant presque tous les jours. L'usage quotidien de pilules purgatives n'avait pu détruire cette constipation; et afin de la rendre plus supportable, la malade avait retranché sur sa nourriture, de sorte qu'elle était devenue faible, maigre, sujette à des syncopes fréquentes, Cinq et six lavements étaient nécessaires pour obtenir quelques portions d'excréments quand le besoin devenait bien urgent; en outre, tous les jours elle prenait deux lavements qui n'évacuaient rien, mais qui cependant la soulageaient quelque peu. La première application d'un pessaire en sablier permit d'obtenir des selles à l'aide de deux lavements, et de cesser l'usage des pilules purgatives. En quelques mois l'appétit revint, la fièvre disparut, les digestions se firent; et deux ans après, quand elle fut présentée à M. Villeneuve, rapporteur de l'Académie, elle présentait une santé florissante et un embonpoint remarquable. Nous noterons comme complément à l'histoire du rectocèle, que la pression du vagin avait fini par aplatir l'entonnoir inférieur du pessaire et obligé à le renouveler; et de plus, que, malgré une contention exacte et si longtemps prolongée, la tumeur abandonnée à elle-même ne présentait pas de sensible diminution.

Bull. de thérapeutique.— Janv. 1839.

ANÉVRYSME DE L'AORTE

Pris pour une néphrite albumineuse (1);

Observation communiquée par J. Morrisson, D. M. à Newry, au *Dublin Journal*, etc., n° 36, 1838.

M. C..., commis voyageur, âgé de 38 ans, d'un tempérament sanguin peu prononcé, a éprouvé depuis cinq ans et à des intervalles de un à six mois, une série de symptômes consistant surtout en douleurs et pesanteurs aux lombes, urines fortement colorées, variables pour la quantité, quelquefois très-abondantes, et dans d'autres moments plus rares que de coutume, fréquemment teintes de sang : besoin fréquent d'uriner; gonflement des malléoles; nausées et parfois vomissements; pouls dur et plein; peau sèche, céphalalgie, etc.

Dans cet état, il consulta plusieurs praticiens distingués de Dublin, Belfast, etc., où ses occupations l'appelaient fréquemment.

Tous ces médecins s'accordaient à considérer sa maladie comme une affection organique des reins, son urine se coagulant très-facilement par la chaleur et l'ensemble des symptômes présentant exactement les caractères de la maladie si bien décrite par le docteur Bright. La saignée, les ventouses scarifiées, les sangsues, les fomentations, les laxatifs, les diaphorétiques, les anodins et d'autres moyens furent employés et procurèrent toujours une amélioration temporaire de tous les symptômes inquiétants.

(1) Il y a dans cette observation, outre l'obscurité du diagnostic et la méprise à laquelle elle donna lieu, plusieurs circonstances qui lui donnent un haut intérêt; nous aurons occasion de la soumettre à un examen détaillé en rassemblant dans ce journal plusieurs autres cas fort peu connus d'anévrysmes de l'aorte, ce que nous nous proposons de faire prochainement.

Je fus appelé le 27 mai dernier, le malade éprouvait plusieurs des symptômes que nous venons d'énumérer, mais il existait en même temps une grande sensibilité déterminée par la pression à la région rénale gauche, toutefois sans apparence d'engorgement; vomissements; engourdissement de la cuisse gauche.

Il y avait de la douleur dans le trajet du cordon spermatique et le testicule gauche était rétracté. Le pouls était plein et dur; la peau sèche et chaude. Le malade éprouvait de la céphalalgie; les urines étaient rares et fortement colorées. Les symptômes d'une néphrite étaient bien prononcés et l'on indiqua le traitement approprié. La saignée, les sangsues, les fomentations, les laxatifs salins et les diaphorétiques furent immédiatement mis en usage.

Le lendemain, lorsque je vis le malade, l'intensité des symptômes fébriles avait considérablement diminué, mais la sensibilité du rein et du cordon spermatique était à la pression à peu près aussi grande que la veille.

Les intestins bien débarrassés, j'explorai attentivement la région des reins, à l'aide du toucher, espérant que je parviendrais à découvrir par ce moyen quelque altération dans la structure de ces organes, puisque depuis longtemps on soupçonnait une affection organique. Néanmoins, je ne pus reconnaître avec certitude aucun changement dans la forme normale de ces parties; mais aujourd'hui, j'éprouve un vif regret de ne pas avoir appliqué le stéthoscope, car d'après les signes commémoratifs et les symptômes actuels je fus conduit à diagnostiquer une inflammation du rein.

Désireux de savoir si l'état aigu dans lequel le malade se trouvait actuellement, avait quelque influence sur la qualité albumineuse que possédait habituellement son urine, je soumis ce liquide à l'action de la chaleur, et je reconnus qu'il était tout aussi coagulable que précédemment.

Un traitement antiphlogistique rigoureux, des sangsues et des fomentations furent continués durant six ou huit jours, et dans cet intervalle tous les symptômes persistèrent presque avec la même énergie, à l'exception du mouvement fébrile.

Le docteur Hacket, chirurgien militaire, fut appelé pour voir le malade conjointement avec moi. D'après la douleur de la région lombaire gauche, la rétraction du testicule, l'engourdissement de la cuisse du même côté, la miction fréquente et les vomissements accidentels, enfin d'après tous les symptômes d'une néphrite, sans aucune autre indication particulière fournie soit par le toucher, soit d'une autre manière, il fut entièrement de mon avis sur la nature de cette affection.

Depuis ce moment il ne survint aucun changement particulier dans les symptômes, jusqu'au 10 juin; mais à cette époque la douleur disparut presque entièrement et l'urine qui avait continué à être rare et très-colorée, s'écoulait maintenant en quantité raisonnable et avec une coloration naturelle.

Le 11, il était à peu près dans le même état que le jour précédent, il n'y eut aucun changement jusqu'au 12. Le matin, à neuf heures il sentit comme un flot qui s'élançait avec force de la partie des reins où la douleur aiguë s'était fait sentir au commencement de la maladie. On m'envoya chercher immédiatement et je vis le malade environ dix minutes plus tard. Il me parut alors agité et faible. Il n'était pas très-pâle; son pouls régulier, et peu faible, donnait 80 pulsations, il n'était pas survenu de syncope. Il me fit remarquer la partie inférieure de l'abdomen où l'on distinguait facilement sur le côté gauche une vaste tumeur très-proéminente et un peu diffuse qui s'étendait longitudinalement du bord des côtes au pubis et latéralement de la partie postérieure de la région lombaire jusqu'à la ligne blanche. La tumeur était excessivement douloureuse, et comme cette sensibilité nous parut résulter de la distension subite, nous prescrivîmes des fomentations chaudes et et une potion avec la morphine. Une heure plus tard à peu près le docteur Hacket vint avec moi visiter le malade; la douleur avait considérablement diminué, l'habitude générale et le pouls étaient à peu près dans l'état naturel, il n'y avait aucun changement dans la tumeur. Après un examen attentif nous décidâmes qu'elle était formée par un épanchement subit de sang ou de pus; nous ne pûmes en aucune manière nous décider, car il existait de fortes présomptions en faveur de l'un ou de l'autre. Nous ne fûmes point médiocrement surpris en reconnaissant que la tumeur était limitée en avant de la manière la plus nette par la ligne blanche: dans l'après-midi il n'y avait presque pas de douleurs, le pouls était mou et donnait 86 pulsations, l'aspect général était satisfaisant ainsi que l'état de l'intestin.

Le 13, le malade n'éprouve pas plus de malaise et paraît assez gai; pouls à 84, mou et régulier; constipation depuis la veille au matin; lavement efficace; même état de la tumeur.

Le 14, il paraît aller mieux, l'aspect général et l'intelligence sont dans un état satisfaisant; point de douleurs, pouls 78, mou et régulier, il demanda la permission de rester assis dans une chambre voisine; mais elle lui fut heureusement refusée: tumeur toujours de même.

Le 15: le matin à 11 heures nous apprîmes qu'il avait passé une bonne nuit, il paraissait aller comme la veille, mais à une heure après midi le docteur Hacket et moi fûmes appelés en toute hâte auprès du malade qui nous annonça qu'il venait d'éprouver

une nouvelle sensation d'élancement absolument semblable à la première.

D'après la faiblesse du pouls, l'aspect effrayant, etc., du malade, il était évident que sa fin était prochaine; la tumeur paraissait un peu plus étendue. Il vécut jusqu'à 5 heures du soir.

Le lendemain matin, à l'ouverture de l'abdomen, on trouva une immense quantité de sang coagulé qui occupait tout le côté gauche de la cavité; le liquide situé derrière le péritoine repoussait en avant et du côté droit la partie postérieure de cette membrane ainsi que le paquet intestinal et le rein; pressés contre la paroi antérieure, ces organes formaient une barrière qui empêchait le sang épanché de passer du côté droit, et conséquemment ce liquide distendait le gauche et formait la tumeur qui avait paru si subitement et qui se terminait brusquement à la ligne blanche.

Après avoir enlevé au moins quatre pintes de sang (*four quarts*) et renversé les intestins sur le côté, on aperçut une tumeur anévrysmale à peu près du volume d'une orange, qui prenait naissance au côté gauche et un peu en arrière de l'aorte par une large ouverture ovale à bords épais et arrondis, située exactement en face de la dernière vertèbre dorsale. Le sac était constitué antérieurement par du tissu cellulaire, en arrière par les vertèbres qui étaient entièrement dénudées et dont le tissu résorbé laissait à sa place une cavité considérable. Elle était tapissée par une couche dense et ferme de coagulum lamellé et le sang s'était fait jour par une large ouverture derrière le péritoine. Les reins et les autres organes abdominaux étaient parfaitement sains, mais tout à fait exsangues.

En faisant quelques remarques sur le cas précédent, j'appellerai l'attention sur l'état albumineux de l'urine. Plusieurs praticiens qui examinèrent à différentes époques ce liquide pendant les cinq dernières années, le trouvèrent coagulable par la chaleur et par les acides. Je crois qu'il est aujourd'hui bien reconnu que cet état de l'urine indique une affection granulée particulière des reins. Mais voici un exemple, le seul que je connaisse, qui prouve d'une manière irréfragable que les reins peuvent fournir, même pendant des années, de l'urine albumineuse sans qu'il existe dans l'organe la moindre trace d'une pareille affection. Les docteurs Hacket, Erskine et M. W. Bell, présents à l'autopsie, remarquèrent que les reins présentaient une coloration naturelle, seulement un peu pâle. Sans aucun doute, les principes du docteur Bright relativement à l'urine albumineuse sont exacts; mais je pense que le cas actuel m'autorise à dire qu'il peut se rencontrer des exceptions dans ce qu'il a avancé; et il est juste, et nullement préjudiciable pour le docteur Bright, que la science apprenne qu'il existe des exceptions.

Je suis tout à fait dans l'impossibilité de dire si la pression que la tumeur anévrysmale exerçait sur le rein par l'effet de sa position, a pu avoir quelqu'influence sur l'état particulier de l'urine; ou bien si la juxta position de l'anévrysme contre le tronc cœliaque et l'extrémité gauche du pancréas pouvait agir sur l'appareil digestif, de manière à déterminer la production d'urine albumineuse, car ces deux organes étaient comprimés, et conséquemment il est probable que les fonctions des parties importantes avec lesquelles ils ont des connexions intimes, avaient éprouvé une altération matérielle.

Une autre circonstance digne d'attention est la grande quantité de sang qui s'écoula du système circulatoire sans produire un trouble profond dans les fonctions vitales.

On se rappellera que lorsque l'anévrysme s'ouvrit, d'abord il se manifesta instantanément une tumeur large et diffuse remplissant en totalité le côté gauche de l'abdomen, et que le malade n'éprouva même pas de syncope. Maintenant, d'après le volume et la saillie de la tumeur avant la mort, d'après la quantité de sang fortement coagulé que l'on reconnut ensuite former cette tumeur, et qui par sa solidité se distinguait facilement de celui qui s'était écoulé récemment, il est évident qu'il ne pouvait pas s'en être écoulé moins de sept livres lors de la rupture (on ne pesa pas le sang, mais on en remplit trois grandes cuvettes). Lorsque l'on considère qu'en un instant il s'était écoulé du réservoir du système une aussi grande quantité de ce fluide vital, que ce fluide était contenu dans l'abdomen sans déterminer aucune douleur à l'exception de celle qui se manifesta durant trois jours (une heure chaque fois); que pendant ces trois jours l'appétit fut meilleur et la digestion s'effectua mieux qu'il n'était arrivé depuis longtemps; lorsqu'on voit le malade en état de se promener dans sa chambre sans éprouver de douleur et solliciter, le matin du troisième jour, la permission de se distraire dans le salon, cette partie de l'observation paraîtra sans doute fort remarquable.

J'appellerai actuellement l'attention sur les symptômes évidents de néphrite signalés au commencement de la maladie. Il est difficile de déterminer si à cette époque le rein était ou non réellement enflammé; mais n'ayant rencontré aucune trace d'inflammation à l'autopsie, je pense qu'il est permis de dire, que le *fons et origo* des symptômes rénaux était ou dans la pression exercée sur l'organe par l'anévrysme, ou dans l'excitation particulière qui se manifestait dans la carie vertébrale par suite du nouveau mode d'action développé dans la tumeur anévrysmale (on sait aujourd'hui qu'il existe une puissante sympathie entre la moelle épinière et les reins).

Quant à la carie vertébrale, je remarquerai simplement que malgré qu'elle eût envahi une grande portion du corps de deux vertèbres, le malade n'éprouva aucune douleur pendant sa vie ; il n'existait pas de sensation particulière de froid dans les membres inférieurs, point de diminution appréciable dans sa sensibilité, aucun mouvement involontaire. Le malade n'éprouvait pas de difficulté pour retenir les urines ni les matières fécales ; en définitive l'affection vertébrale ne se manifesta par aucun symptôme.

L'Expérience. — Janvier 1839.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. Andral.

Cas rare de coagulation du sang dans les vaisseaux.

(Observation suivie de quelques remarques sur cette altération.)

La femme qui fait le sujet de cette observation, âgée de cinquante-neuf ans, fut réglée à dix-huit ans, et vit ses règles se supprimer sans aucun accident vers l'âge de quarante-huit ans. Jusqu'à cette époque sa santé avait toujours été bonne. Cette femme, mère de six enfants, accoucha pour la dernière fois à quarante-quatre ans. Vers l'âge de trente-quatre ans il se manifesta quelques douleurs épigastriques, des nausées et des vomissements, dont la durée ne fut que de deux mois, après lesquels la malade se rétablit complétement. Il y a trois mois seulement que des troubles survinrent de nouveau dans les organes de la digestion ; douleurs assez vives à l'épigastre, dyspepsie, régurgitation, malaise et anxiété après les repas, tels furent les symptômes qu'éprouva la malade. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, une tumeur se développa dans le milieu du ventre.

A son entrée dans le service de M. Andral (5 décembre 1838), la face est pâle, grisâtre, un peu bouffie ; les jambes, sur lesquelles on voit des traces d'anciennes varices, sont un peu œdématiées ; le reste du corps est amaigri, la circulation accélérée ; le pouls, à 120 pulsations par minute, offre encore une certaine force ; au bras gauche, la veine basilique qui longe le bord interne du biceps, forme un cordon dur et résistant qui se dessine sous la peau et dépasse le pli du coude. En pressant sur ce vaisseau, on sent des grumeaux séparés les uns des autres, et qui peuvent se déplacer. La langue est naturelle, la soif nulle, l'appétit conservé, les selles comme dans l'état normal, l'épigastre presque insensible. On trouve dans cette région et dans l'hypochondre droit une tumeur constituée par un grand nombre de granulations assez grosses et agglomérées. M. Andral prescrit une saignée exploratrice afin de savoir au juste quelle peut être la cause de sa distension.

Diagnostic. Cancer du pylore et du foie.

Une saignée faite le lendemain (6 décembre) a permis d'extraire, par l'ouverture pratiquée à la veine, un caillot allongé, d'un pouce et demi, solide, blanc, grisâtre et parfaitement organisé ; l'autre partie de la veine contient encore un caillot dont on peut constater la présence.

Comme il était important de savoir à quelle époque remontait la formation du caillot, et quels accidents s'étaient développés alors, la malade fut interrogée sur tous ces points, et déclara qu'elle avait ressenti, un mois avant son entrée à l'hôpital, quelques douleurs dans le bras gauche, et qu'elle avait cru trouver un gonflement dans la veine. Jamais le membre n'a présenté la moindre trace d'œdème, et jusqu'à la mort on a pu constater cette absence de toute infiltration séreuse ; les veines collatérales ne présentaient aucun développement.

Les jours suivants l'état de la malade est à peu près le même ; la veine contient un caillot de la grosseur du petit doigt ; il ne cause d'ailleurs aucune gêne, et la pression n'y développe pas de douleur. Bientôt le ventre se remplit de sérosité ; celle-ci s'infiltre en quantité assez considérable dans les membres inférieurs, et le 15 décembre l'œdématie de toutes les parties est assez considérable, et s'étend aux membres supérieurs ; cependant la main gauche est encore exempte de gonflement. A partir de cette époque la langue se sèche mais reste pâle ; la peau est brûlante, dépourvue de toute humidité ; le pouls est toujours au-dessus de 112, et la malade succombe le 20 décembre après une courte agonie.

Les urines furent examinées avec soin pendant tout le cours de la maladie. Toujours très-acides, quoique l'on administrât de l'eau de Vichy et le bicarbonate de soude, elles étaient tantôt transparentes, tantôt troubles et jumenteuses ; le dépôt formé naturellement par la réaction des principes contenus dans l'urine, ou déterminé par quelques gouttes d'acide nitrique, se redissolvait dans un excès de cet acide, et disparaissait aussi par la chaleur.

Autopsie. La veine basilique gauche est ouverte avec soin dans toute sa longueur, et on n'y découvre aucune adhérence entre le caillot qui la remplit et la membrane interne du vaisseau. Celui-ci conserve sa texture normale ; sa séreuse est lisse et polie ; seulement, à la partie supérieure du bras, près de l'aisselle, le calibre de la veine se rétrécit un peu. Le caillot, dans ce point, offre une assez grande densité ; il se continue avec celui renfermé dans l'intérieur de la veine. Ce dernier est constitué par une fibrine for-

tement colorée par la partie rouge du sang; sa consistance est celle de la fibrine : on peut l'extraire en un seul cordon de la veine qui le contient. En l'incisant on y trouve une texture homogène, une densité égale partout; toutes les veines du bras gauche, des deux membres inférieurs, et celles des pieds, qui étaient variqueuses, offrent exactement la même concrétion. Ces vaisseaux, soit profonds, soit superficiels, sont distendus par des caillots que l'on peut enlever sans peine, et qui forment des cylindres fibreux, denses, fortement colorés en rouge, représentant les vaisseaux et leurs divisions.

Les concrétions des veines des membres abdominaux sont composées, ainsi que les précédentes, de couches concentriques de fibrine, superposées, intimement unies entre elles, et plus colorées au centre qu'à la circonférence. Du reste, toutes ces lames réunies forment un tout homogène et d'égale consistance; cependant on retrouve çà et là, dans la veine fémorale gauche, une matière assez molle, d'un rouge lie de vin, comme sanieuse, que l'on ne peut mieux comparer qu'à de la fibrine colorée et ramollie ou à de la matière encéphaloïde ramollie. Les parois de la veine en contact avec cette matière ne sont le siége d'aucune altération.

La veine cave et l'aorte renferment du sang coagulé; celui de l'aorte constitue un caillot assez dense et résistant, d'un volume plus considérable qne ceux que l'on y trouve habituellement. Les valvules aortiques épaissies sont sur le point de subir la transformation cartilagineuse.

Le foie, hypertrophié, présente à sa surface convexe des masses cancéreuses, arrondies, creusées en godet, larges d'un demi-pouce environ, et séparées les unes des autres par des portions indurées du parenchyme hépatique. Toute son épaisseur est envahie par ces masses cancéreuses qui ne sont point indurées. Un caillot existe dans une des veines hépatiques. La bile offre une couleur d'un vert foncé.

Tout le pylore est occupé par un cancer passé, en plusieurs points, à la période de ramollissement; les diverses tuniques de l'estomac sont converties en tissu squirrheux; les ganglions prévertébraux ont subi la même altération.

Les reins, de grandeur naturelle, sont décolorés; leurs substances corticale et tubuleuse, quoique très-pâles, sont faciles à distinguer l'une de l'autre.

Les poumons, examinés avec soin, n'offrent aucune espèce de lésion, si ce n'est un peu d'engouement vers les parties inférieures.

Les annales de la science renferment peu d'observations aussi curieuses que celle dont nous venons de retracer l'histoire. Quelle source féconde de remarques importantes pour le médecin qui veut étudier les altérations du sang et le rôle immense qu'elles jouent dans la pathogénie de différentes affections générales? Si nous jetons les yeux sur les principales circonstances de la maladie, nous voyons une affection cancéreuse de l'estomac et de la glande hépatique marcher d'une manière aiguë, autant du moins qu'on peut le supposer, d'après les renseignements fournis par la malade; puis, un mois avant la mort, et sans qu'aucun accident grave se manifeste, sans que la maladie de l'estomac et du foie s'accompagne de symptômes fâcheux, une altération particulière survient dans le sang, une douleur se montre au bras gauche sur le trajet d'une veine, et tout fait présumer que le caillot, déjà parfaitement organisé lorsque la malade entra à l'hôpital, s'était développé à l'instant dont nous parlons. Nous ne trouvons ensuite dans les symptômes et dans la marche de la maladie rien qui puisse nous faire prévoir la nature des altérations que l'on a constatées après la mort. L'observation nous révèle un cancer de deux viscères et voilà tout. Si l'investigation attentive du médecin chargé du service ne s'était point portée sur le système circulatoire, on n'aurait constaté que les symptômes d'une maladie cancéreuse, en apparence peu grave, et qui cependant s'est terminée promptement d'une manière fatale.

Il est inutile de chercher à prouver la coagulation spontanée du sang dans un grand nombre de vaisseaux; elle devint évidente pendant la vie, puisque l'on put extraire de la veine basilique, par l'opération de la saignée, un caillot fibrineux d'une organisation complète, et que sa prolongation dans la partie supérieure de la veine était des plus évidentes. On ne peut pas non plus se refuser à admettre que la coagulation du sang se soit effectuée longtemps avant la mort dans les veines du bras et dans la plupart des veines de la jambe et de la cuisse, car le degré de solidité et de cohésion de la fibrine donnait au caillot, tel que nous l'avons décrit, des caractères que ne possèdent pas les caillots formés après la mort. Il nous serait difficile de dire à quelle époque a eu lieu cette formation; aussi ne hasarderons-nous aucune opinion à cet égard. On pourrait sans doute la faire remonter à l'époque où l'on vit paraître l'œdème des membres inférieurs et l'ascite; comment, en effet, supposer, dira-t-on, qu'une grande partie des vaisseaux efférents puissent être oblitérés sans que la sérosité ne s'épanche dans le tissu cellulaire. Tout en reconnaissant la vérité de cette assertion, nous ferons remarquer qu'elle n'est pas acceptable lorsqu'on la prend dans un sens trop absolu et que la circulation collatérale offre des ressources inespérées, comme l'a montré M. Reynaud dans son mémoire. Si l'on voulait d'ailleurs une réponse encore plus décisive que celle que nous venons de donner, on la trouverait dans l'observation elle-même: ne nous montre-t-elle pas, en effet, une absence complète de toute infiltration dans le bras gauche, dont

les principales veines étaient cependant occupées par un caillot; c'est même là une des particularités les plus curieuses du fait que nous rapportons, et qui prouve que l'oblitération d'une veine principale ne suffit pas toujours pour amener une anasarque.

Ce premier point établi, il faut chercher la cause de la coagulation du sang ? S'il n'y a que les sangs riches en fibrine qui puissent aisément se coaguler, comment concevoir que celui d'une femme amaigrie, débilitée par une affection organique presque nécessairement mortelle, réunisse les conditions favorables à la coagulation? Cette circonstance peut exister, nous le savons, puisque l'on a vu chez des sujets saignés un grand nombre de fois, le sang offrir encore à la fin la couenne que beaucoup d'auteurs considèrent comme annonçant la prédominance de la fibrine; mais d'ordinaire vers le dernier terme des maladies organiques, le sang se trouve dans de tout autres conditions. Nous ne voulons pas d'ailleurs aborder cette question du sang coagulable, dont M. Denis a tracé les caractères, parce que nous serions forcés d'y consacrer de longs développements, et que nous préférons nous borner à l'interprétation des faits que nous fournit notre observation. L'analyse chimique aurait pu seule montrer que le sang de cette femme, atteinte de cancer, devait sa coagulation plus grande à une constitution moléculaire toute spéciale.

On peut encore chercher la cause de l'altération du sang d'une part, dans une affection des parois veineuses, et d'autre part dans le mélange de la matière cancéreuse résorbée avec le sang. Les exemples de phlébite spontanée survenue indépendamment de toutes causes traumatiques sont très-rares. M. Cruveilhier en a rapporté une observation. Il serait absurde de supposer l'existence d'une telle phlébite chez la femme en question ; elle a senti, il est vrai, une douleur sur le trajet de la veine; et peu de temps après, une tumeur correspondant au caillot qui s'y était formé; mais les symptômes qu'elle a éprouvés, et qui n'ont point nécessité l'intervention du médecin, ne peuvent en aucune manière être rapportés au développement d'une phlébite, dont il ne restait d'ailleurs aucun vestige sur le cadavre, à moins que l'on ne veuille considérer comme tel le rétrécissement léger de la partie supérieure de la veine. Si l'on admettait la phlébite pour les caillots du bras, il faudrait alors soutenir aussi qu'elle a existé dans les veines des membres inférieurs, et alors on aurait une phlébite spontanée générale.

Nous devons maintenant nous demander si la matière cancéreuse ne peut pas passer dans le sang, et si son mélange avec ce liquide n'amène pas dans la constitution du sang un changement tel, qu'il en résulte la dissociation de ses divers principes.

M. Velpeau et d'autres auteurs ont rapporté des cas intéressants d'affection cancéreuse avec pénétration de cette matière morbide dans le torrent circulatoire; elle se fait :

1° par résorption pure et simple de la matière.

2° Par suite de la destruction des parois veineuses en contact avec l'organe affecté.

3° Enfin elle peut se former dans le caillot que renferme une veine frappée d'inflammation, et dont la cavité a été envahie par la matière cancéreuse. La présence de ce produit morbide mêlé au sang ou à des caillots contenus dans les veines permet seule d'affirmer que la résorption cancéreuse a lieu. Devons-nous regarder comme ayant cette origine, la matière ramollie de couleur lie de vin, trouvée au milieu des caillots de la veine fémorale. Nous pouvons affirmer qu'après une longue et patiente observation faite à l'œil nu et au microscope, nous n'avons pu déterminer nettement si nous avions affaire à de la fibrine ramollie ou à du cancer. La substance en question avait bien tous les caractères qui ont fait croire à M. Velpeau que c'est là de la matière cancéreuse; mais, sans mettre en doute la vérité des observations de ce chirurgien, nous n'avons pu nous former une conviction à cet égard. Cependant nous serions assez disposé à admettre que le mélange de l'ichor cancéreux avec le sang a été une des causes de la coagulation de ce fluide. Nous disons une des causes, parce que nous sommes persuadé qu'il en a fallu d'autres pour provoquer cette coagulation. Si, en effet, celle dont nous parlons était suffisante, pourquoi ne verrait-on pas plus souvent des concrétions fibrineuses occuper les vaisseaux des cancéreux ? On ne peut pas objecter que dans le cas où on ne les rencontre pas, c'est que la partie la plus liquide de ce produit n'a point passé dans le sang; car tous les symptômes de l'état général appelé cachexie cancéreuse indiquent positivement que la matière morbide est résorbée.

Chez la femme qui fait le sujet de notre observation, les signes d'une infiltration générale de tout le solide vivant étaient peu prononcés, et cependant elle a offert cette coagulation du sang, qui dès lors ne peut tenir à la seule influence de cette cause. Si l'on nous mettait en demeure de formuler notre opinion sur ce sujet, nous dirions que la constitution particulière du sang a joué le principal rôle dans la coagulation, mais qu'il a fallu une cause déterminante, et qu'elle a consisté dans le passage de la matière cancéreuse dans le sang.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — Janvier 1839.

—

RECHERCHES

Sur le diagnostic des maladies de poitrine chez les enfants;

Par C. Taupin, interne à l'hôpital des Enfants-malades.

Le traité de l'auscultation médiate a jeté un grand jour sur le diagnostic, et par suite sur le traitement des maladies de poitrine. Grâce à la découverte de Laennec, le médecin peut maintenant distinguer pendant la vie toutes ces affections dont l'anatomie pathologique nous fait reconnaître la nature, suivre pas à pas leur marche, et, dans le plus grand nombre des cas, entraver leurs progrès, ou diminuer leur gravité par une médication appropriée.

Mais Laennec, placé constamment dans des hôpitaux d'adultes, n'a eu que fort rarement l'occasion d'appliquer à l'étude des maladies des enfants le mode d'exploration dont il est l'inventeur. Aussi trouve-t-on à peine dans son ouvrage l'indication de quelques-unes des nombreuses modifications que l'observateur devra rencontrer en se livrant à la pratique de la médecine chez les enfants.

Il semblerait au premier abord que la lecture de son ouvrage aurait dû donner aux médecins spéciaux l'idée d'achever ce qu'il a laissé incomplet; cependant aucun auteur n'a cherché à combler cette lacune; personne ne s'est appliqué à étudier successivement, chez l'enfant, toutes les altérations que l'auscultation fait reconnaître dans les maladies de poitrine; et ceux qui ont écrit sur les maladies du jeune âge se sont bornés à donner çà et là quelques notions écourtées et souvent inexactes.

Il résulte de là que le praticien, habitué à examiner l'état des voies respiratoires chez les adultes, doit, quand il est appelé auprès d'un enfant, se trouver souvent en défaut, exposé à méconnaître une maladie grave dont il serait urgent d'enrayer la marche; et, par contre, on le verra annoncer une affection sérieuse là où un observateur exercé rencontrerait un état purement normal.

J'en appelle à toutes les personnes qui ont quitté les cliniques des hôpitaux d'adultes pour étudier les maladies des enfants. Qu'elles consultent leurs souvenirs, elles devront avouer qu'elles se sont d'abord trouvées dans un grand embarras, et qu'il leur a fallu de longues et laborieuses recherches pour se familiariser avec les différences et les obstacles que présente chez l'enfant l'étude des maladies de poitrine.

Eviter aux élèves, qui se trouveront dans de pareilles circonstances, toutes les difficultés que j'ai rencontrées moi-même au commencement de mes recherches, tel est le but dans lequel j'ai entrepris ce travail, et tenté de réunir en corps toutes les notes que j'ai pu recueillir pendant quatre années d'observation.

En composant ce mémoire, j'ai pris pour guide le *Traité de l'auscultation médiate;* j'ai médité attentivement chacun des chapitres de cet ouvrage, et j'ai comparé quelquefois avec des souvenirs puisés dans les cliniques des médecins spéciaux, mais le plus souvent avec des observations nombreuses et recueillies avec soin, les divers phénomènes indiqués par Laennec, puis j'ai noté le résultat de cette comparaison.

Plus d'un motif m'a déterminé à conserver dans la rédaction de ce mémoire le plan que j'avais suivi dans la recherche des matériaux qui ont servi à le composer.

D'abord il m'a semblé que c'était un devoir pour moi de suivre, en tout point, la marche d'un auteur auquel j'empruntais sa découverte pour le modifier, suivant les cas auxquels je l'appliquais.

Puis j'ai pensé que chaque médecin ayant présent à l'esprit la division claire de cet ouvrage, il était plus commode d'ajouter dans sa mémoire, à chaque article, un petit appendice relatif aux maladies des enfants.

Enfin, j'ai vu que pour quelques chapitres je n'avais à noter que de très-légères différences, et qu'on pouvait appliquer exactement à la description des maladies de l'enfance ce que Laennec a dit des adultes. J'ai donc suivi fidèlement l'ordre qu'il a adopté, sauf de très-légères modifications que j'indiquerai et motiverai en leur lieu.

« De toutes les maladies locales, les affections » des organes contenus dans la cavité thoracique » sont sans contredit les plus fréquentes. — Les » mouvements continuels des viscères thoraciques, » et la délicatesse de leur organisation, expliquent » la fréquence et la gravité de leurs altérations..... » Comme complication, ou comme effet d'une cause » générale qui porte son influence sur plusieurs or- » ganes à la fois, les affections des viscères thora- » ciques tiennent encore le premier rang, soit sous » le rapport de la gravité, soit sous celui de la fré- » quence... Dans les fièvres essentielles, un léger » degré de péripneumonie, un catarrhe qui engorge » de mucosités les ramifications bronchiques....sont » des affections locales aussi constantes... On peut » même dire que, dans toute espèce de maladie,... » la mort n'arrive presque jamais sans que les vis- » cères thoraciques soient affectés d'une manière » quelconque... » (Laennec, tome I, introduction, pages 1 et 2).

Ce que Laennec a dit, avec raison, des maladies de poitrine chez l'adulte s'applique d'une manière plus rigoureuse encore à la médecine des enfants.

Dans le premier âge, les maladies de poitrine sont plus fréquentes que toutes les autres affections locales; on s'en rendra compte aisément quand on aura ajouté aux causes qui déterminent chez l'adulte les maladies thoraciques d'autres causes qui sont propres à l'hygiène et à la physiologie des enfants, et qui ne concourent pas moins énergiquement à leur production, je veux dire l'influence d'une respiration, d'une circulation plus actives, d'une sensibilité plus grande aux vicissitudes atmosphériques, du décubitus dorsal prolongé qui occasionne la stase du sang dans les poumons.

Dans les maladies générales qui atteignent l'enfance, les organes respiratoires sont toujours affectés à un degré plus ou moins élevé. Dans la fièvre typhoïde, on rencontre, comme chez l'adulte, un catarrhe pulmonaire, un engouement d'une intensité variable, mais aussi constant que la lésion intestinale. Dans la rougeole, la congestion qui se fait vers les bronches est tellement fréquente que son absence peut être considérée comme une exception, et cette complication, la plus ordinaire de toutes, est encore la moins grave. Dans bien des cas, il s'y joint une de ces pneumonies insidieuses qui envahissent d'emblée les deux poumons, et sont bien souvent au-dessus des ressources de l'art. Dans le croup, même quand il est borné au larynx, il est rare que les poumons ne soient pas de bonne heure atteints par l'inflammation, et que la pneumonie ne vienne contrarier les effets heureux d'une trachéotomie pratiquée à temps.

Dans la gangrène de la bouche, qui paraît limitée à un point rétréci de la face, vous trouvez encore constamment une maladie aiguë de poitrine, soit une pleurésie, soit une pneumonie au deuxième ou au troisième degré.

Je pourrais encore multiplier les exemples; qu'il me suffise d'avoir cité ces derniers qui sont connus de tous les praticiens. Si, avant la découverte de la percussion et de l'auscultation, le diagnostic des maladies de poitrine était chez l'adulte environné d'obstacles assez grands pour faire dire à Baglivi « *qu'il est plus difficile encore de les reconnaître que de les guérir,* » combien ne devait-il pas être plus obscur encore chez les enfants, privés qu'ils sont des moyens d'indiquer le siége de leur mal? Car un malade raisonnable peut rendre un compte exact des souffrances qu'il éprouve, de leur nature, de leur siége, de leur intensité, et faciliter ainsi des recherches d'où dépend son salut. Mais un enfant n'a pas cette ressource. On ne peut obtenir de ses parents des renseignements nécessaires : ou ils sont peu attentifs et laissent passer inaperçus la plupart des accidents, ou l'excès de leur inquiétude les met hors d'état d'observer. Les enfants qui souffrent se bornent à se plaindre, et ne donnent aucun détail sur le siége et la nature de leur mal. Le moindre examen les effraie, augmente l'irritation causée par la maladie, leur pouls acquiert une fréquence et une force passagères qui peuvent en imposer au médecin, leur dyspnée redouble, les cris qu'ils poussent viennent mettre obstacle à l'exploration. L'expectoration n'est pas là pour éclairer le diagnostic. Les enfants très-jeunes n'expectorent pas, faute de le savoir faire. A quatre ou cinq ans, ils ne le veulent pas. Ils commencent à cracher spontanément vers l'âge de six ou huit ans. Encore, rarement à cette époque l'expectoration est-elle caractéristique, rouillée, dans la pneumonie lobaire. Ce n'est guère que dans la coqueluche qu'elle vient aider au diagnostic déjà rendu facile par le caractère quinteux de la toux. Dans ce cas, dès l'âge le plus tendre, l'expectoration a lieu. Les crachats sont poussés par un effort convulsif qui triomphe de la résistance du sujet; mais, le plus souvent encore, ils sont mélangés de matières alimentaires ou de mucosités gastriques rejetées par le vomissement, et ne peuvent servir à faire reconnaître une complication de pneumonie, complication si fréquente.

Connaissant bien toutes les difficultés dont est hérissé le diagnostic des maladies de poitrine chez l'enfant, nous devons redoubler d'efforts, et chercher à tirer parti de tous les moyens que fournit l'expérience. Je vais les passer successivement en revue, et tâcher d'obtenir de leur ensemble une certitude qu'aucun d'eux ne pourrait nous donner, pris isolément.

Attitude du corps.—Un adulte, en proie à une dyspnée intense, cherche, en plaçant son corps dans une position plus avantageuse, à diminuer les obstacles qui s'opposent au libre exercice de ses fonctions respiratoires, et parvient, au moyen d'efforts bien entendus, à remédier par une modification de l'appareil extérieur aux désordres de l'appareil intérieur. S'il est atteint d'un épanchement pleurétique, un mouvement instinctif le porte à se coucher sur le côté opposé pour laisser un libre développement au poumon resté sain. S'il a une pneumonie, une pleurésie doubles, une affection du cœur, il se tient à son séant. Les enfants très-jeunes sont privés de cette ressource; ils restent habituellement couchés sur le dos, position extrêmement nuisible; car, outre qu'elle les met hors d'état de déployer toute l'énergie de leur système musculaire thoracique, elle les expose à cette pneumonie hypostatique qui cause la mort de tant de sujets en bas âge. Ils n'ont point dans les muscles lombaires une force suffisante pour se mettre à leur séant et s'y tenir, et ils sont si peu faits à cette attitude que, si un observateur attentif essaie de les y maintenir au moyen d'oreillers accumulés, ils témoignent, par leurs cris et leur agitation, une vive impatience qui ne cesse qu'avec

le retour à cette position funeste à laquelle ils sont habitués.

Dans la pleurésie bornée à un seul côté de la poitrine, ils restent également couchés sur le dos, et ne veulent pas supporter un décubitus latéral qui faciliterait leur respiration.

Dans quelques circonstances seulement, on les voit changer spontanément de position. Dans le croup, quand un accès de suffocation le saisit, dans la coqueluche, à l'imminence d'une quinte, l'enfant s'élance à son séant, s'y tient pendant tout le temps de l'accès, puis se laisse retomber accablé de fatigue, et reste dans le décubitus dorsal jusqu'à une nouvelle secousse.

Ainsi on ne peut tirer, chez l'enfant, aucun indice de la position du corps, qui chez l'adulte fournit des renseignements précieux.

Cris.— On a étudié avec soin le cri des enfants, on a cherché à caractériser ses variétés pour en assigner une forme particulière aux maladies de chacune des trois grandes cavités viscérales. Ces recherches n'ont jeté aucune lumière sur le sujet qui nous occupe. Le seul cri qui ait une importance pratique de quelque valeur est le cri appelé par Coindet hydrencéphalique, cri aigu, perçant, qui indique la présence d'une hydropisie des ventricules cérébraux, et qu'on ne peut méconnaître quand on l'a entendu une fois. Mais, pour les affections de la poitrine et du ventre, aucun cri n'a été signalé par les auteurs, et, pour ma part, je n'ai rien remarqué qui pût mener à une conséquence pratique. Les enfants se plaignent habituellement, et la nature de leurs plaintes n'a rien de particulier. On peut donc négliger ce phénomène qui ne peut fournir aucune donnée utile.

Facies; traits. — La séméiotique faciale a été appliquée à l'étude des maladies de poitrine. M. Jadelot, son inventeur, admet un trait pectoral qui lui signale tout d'abord une maladie thoracique; puis il reconnaît des traits secondaires qui appartiennent spécialement à telle ou telle affection de l'une ou de l'autre cavité, ou des deux à la fois. A l'aide de ces traits, il annonce avoir à faire à une pneumonie, une bronchite, une pleurésie de tel ou tel côté, et, dans un bon nombre de cas, la vérification faite prouve la sagacité du praticien; mais M. Jadelot ne s'en impose-t-il pas à lui-même, ne s'exagère-t-il pas la valeur diagnostique des signes de la face, et ne trouve-t-il pas, dans une grande habitude, une expérience consommée, un coup d'œil rapide qui lui dévoile sur-le-champ la maladie? Et d'ailleurs, il n'est pas rare non plus de voir un examen attentif renverser l'édifice d'un diagnostic établi sur des bases aussi mobiles que les traits de la face, et je doute qu'aucun autre praticien ait jamais tiré parti de ce mode d'exploration. Il me sera permis de rester dans cette opinion jusqu'à ce que M. Jadelot ait publié, avec détails, le traité qu'il prépare depuis longtemps sur la séméiotique faciale, et prouvé par de nombreux faits la rectitude des jugements portés à l'aide de sa méthode.

Toutefois, si je n'admets pas entièrement la certitude trop vantée, à mon avis, d'un diagnostic basé sur la contraction permanente de tel ou tel muscle facial, loin de moi l'idée de nier les lumières qui peuvent résulter d'un regard promené attentivement sur la face d'un enfant atteint d'une maladie de poitrine. L'inspection peut mettre sur la voie, et donner tout d'abord aux recherches une direction utile. Pour bien étudier le *facies*, il faut l'analyser et passer en revue les divers éléments qui le composent.

Coloration de la face.—La coloration rouge intense du visage, chez un enfant atteint de dyspnée, devra attirer toute notre attention, et donnera plus de probabilité à l'opinion que la maladie a son siége dans la poitrine, et non dans l'économie entière. On sentira l'importance de ce que j'avance, si on se rappelle la dyspnée qui se voit souvent au début de la scarlatine, de la variole, qui n'affectent pas primitivement le poumon, et celle qui survient dans le cours d'une péritonite. Dans ces cas, il y aura bien une coloration notable de la face, mais elle sera violacée et se remarquera aux lèvres, au front, aussi bien qu'aux joues. Si un côté de la face est plus coloré que l'autre, ou si la rougeur se voit sur un seul, l'indication est plus précise encore, l'affection est double, et plus marquée d'un côté ou elle en a envahi un seul.

Ce symptôme qui chez l'adulte a peu de valeur, parce qu'il peut être un effet purement mécanique produit par le décubitus sur le côté malade, acquiert ici une plus grande importance, parce qu'il a lieu également pendant le décubitus dorsal.

Cette coloration rouge se voit habituellement dans les affections aigues de poitrine dès leur début; quand elles deviennent plus intenses, la teinte de la face n'est plus rouge, mais livide, violacée.

Il est une maladie des voies respiratoires qui fait exception à cette règle générale; je veux parler du croup, dans lequel les malades sont habituellement très-pâles. Dans la pneumonie lobulaire, il arrive souvent que les petits malades ont la face violette; il en est de même dans la pneumonie hypostatique.

Bouche.—On remarque constamment un état particulier de la bouche; rarement la voit-on demi-ouverte; elle est largement béante ou complétement fermée. Nous devons établir ici une distinction suivant les cas. Si l'obstacle à la respiration a son siége dans la gorge, l'enfant ouvre largement la bouche, porte sa tête en arrière; ses yeux sont saillants; sa face pâle ou livide, mais point rouge. C'est ce qu'on observe dans le croup, l'œdème de la glotte, la

suffocation de la coqueluche. Si l'affection siége dans les poumons ou dans les plèvres, les yeux sont fermés, les lèvres rapprochées, portées en avant et en bas, et à peine soulevées pour livrer passage à l'air expiré. L'occlusion de la bouche fait pressentir que les ailes du nez doivent se contracter énergiquement pour suppléer à l'action des lèvres, c'est ce qui a lieu en effet : elle s'observe constamment dans la dyspnée, et se voit bien plus chez l'enfant que chez l'adulte.

La face porte l'expression d'une anxiété vive, qui s'accroît dès qu'on s'approche des enfants, qu'on s'occupe d'eux.

De ce que je viens de dire, il résulte que les enfants atteints de maladie de poitrine ont un *facies* particulier aisé à reconnaître, et constitué par les caractères suivants : coloration de la face, occlusion complète de la bouche, ou écartement complet des lèvres, contraction vive des ailes du nez, expression d'anxiété.

Circulation (capillaire). — Les extrémités se refroidissent rapidement, prennent une teinte violacée, et cet état d'asphyxie locale, produit par l'engorgement pulmonaire, concourt plus tard à l'augmenter.

Pouls. — Dans les affections aigues de poitrine, le pouls acquiert toujours une grande fréquence; je n'ai jamais observé de ralentissement. Il s'élève quelquefois à 160, 180 pulsations par minute; chez un grand nombre de sujets, il est impossible de le compter, tant à cause de la fréquence que par suite des mouvements d'impatience de l'enfant, que l'examen tire de l'état d'assoupissement où il était plongé par la congestion sanguine du cerveau. Quant à sa force, sa plénitude, on ne peut poser aucune règle générale : la constitution du sujet, l'intensité, la nature, le siége, la durée de la maladie les font varier à l'infini.

Respiration accélérée.—La fréquence de la circulation reconnaît pour cause celle de la respiration; celle-ci est précipitée : on compte quelquefois 80 inspirations et plus par minute. Chez l'adulte, on n'observe une aussi grande accélération que dans des cas extrêmes. L'inspiration est courte, saccadée et séparée par un intervalle indivisible de l'expiration. Celle-ci est accompagnée d'un effort convulsif, et ressemble plutôt à une secousse de toux étouffée qu'à une expiration naturelle. Les maladies de poitrine ne sont pas les seules qui présentent ce phénomène. La fréquence de la respiration est quelquefois produite par un météorisme considérable.

Respiration abdominale.—Quand la dyspnée est grande, l'action des muscles de la poitrine ne suffit plus, l'enfant cherche dans un autre appareil musculaire les ressources qui lui manquent; il contracte énergiquement les muscles du ventre; la respiration est alors dite abdominale.

Cette respiration secondaire ne se voit pas seulement dans les maladies aigues de poitrine; il est des cas où on doit la considérer comme un état normal. Par exemple, chez un grand nombre de sujets rachitiques, dont la poitrine est conformée vicieusement, et ne peut se développer d'une manière suffisante. Mais encore ces enfants ont ordinairement la respiration gênée, ils sont asthmatiques, sujets aux rhumes, et plus que d'autres aux pneumonies hypostatiques.

Toux.—La toux présente des variétés importantes; il sera plus convenable de les examiner quand je parlerai de chaque maladie en particulier. Il suffit de noter la grande fréquence dans la plupart des cas. Elle peut, au contraire, manquer ou exister à peine dans les pneumonies insidieuses qui viennent compliquer la méningite, la gangrène de la bouche, et dans les pneumonies lobulaires.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE MÉDICALE.—Déc. 1838.

MÉMOIRE

Sur les inflammations et les abcès du sein chez la femme;

Par M. GUSTAVE JEANSELME.

(Suite et fin. —Voir cahier de janvier, p. 24).

ABCÈS DU SEIN.

Les abcès du sein, soit aigus, soit chroniques, comme les inflammations dont je viens de parler, et dont ils sont la terminaison la plus fréquente, doivent aussi être divisés en trois classes, suivant leur siége ou leur point de départ. Ainsi ils peuvent s'établir de prime abord : 1° dans la couche sous-cutanée; 2° entre les parois thoraciques et la glande mammaire; 3° dans le tissu glanduleux lui-même. C'est pour n'avoir pas pris en considération cette division tout anatomique que le sujet qui va nous occuper est encore fort obscur. Il appartenait à M. Velpeau d'éclaircir ce point de pathologie. Ce chirurgien a résumé les abcès du sein dans le cadre suivant :

1° Abcès superficiels :
- A. De l'aréole;
- B. Du tissu cellulo-graisseux.

2° Abcès profonds :
- A. Idiopathiques;
- B. Symptomatiques.

3° Abcès glanduleux :
- A. Primitifs;
- B. Secondaires.

Ayant étudié plus haut les symptômes de chacune des inflammations qui correspondent à la division que je viens d'établir dans le tableau précédent, je n'y reviendrai pas.

1° ABCÈS SUPERFICIELS OU SOUS-CUTANÉS.

De même que nous avons trouvé les inflammations superficielles du sein offrir des caractères différents, suivant qu'elles ont leur siége sur l'aréole, ou dans la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée proprement dite, de même verrons-nous les foyers purulents qui leur correspondent offrir les mêmes distinctions. Il convient donc de les étudier séparément.

A. ABCÈS DE L'ARÉOLE, OU TUBÉREUX.

Lorsque l'inflammation de l'aréole se termine par suppuration, on observe sur cette région de petits dépôts, ordinairement multiples, de forme globuleuse et de volume variable d'une noisette à une moitié d'œuf. Le tissu, qui est le siége de ces petits foyers, étant aréolaire et traversé par les conduits lactés, cette région étant, en outre, comme cloisonnée à la circonférence, on conçoit facilement que les abcès de l'aréole doivent être en général très-circonscrits. La finesse et le peu de résistance des téguments expliquent assez la tendance qu'ils ont à proéminer en avant. Ils se présentent sous forme de petites bosselures douloureuses à la moindre pression et d'une teinte livide et bleuâtre. La fluctuation est assez souvent obscure et difficile à constater d'une manière évidente. Un bon moyen néanmoins pour atteindre ce résultat, et que j'ai vu employer par M. Velpeau en pareilles circonstances, consiste à saisir et à comprimer transversalement la totalité de la mammelle avec la main gauche, tandis qu'avec l'index de la main droite on explore les petites tumeurs inflammatoires. Par ce procédé on donne aux véritables abcès une teinte livide, une tension et une flexibilité qu'on ne rencontre point dans les engorgements purement inflammatoires. D'ailleurs, avec un peu d'habitude, et en prenant en considération les antécédents de la maladie, il est facile de distinguer ces bosselures, résultat de foyers purulents, des inégalités naturelles, de l'aspect fongueux, que présente quelquefois l'aréole de certaines femmes et des simples dilatations des conduits galactophores. De plus, les malades éprouvent dans la région affectée des battements et une espèce de constriction assez vive, avec chaleur à la peau. Il existe ordinairement un mouvement fébrile plus ou moins prononcé.

Abandonnés à eux-mêmes, les abcès tubéreux du sein ont fait naître dans la glande elle-même ou dans le reste de la couche sous-cutanée des inflammations et de là des foyers purulents. Mais dans la très-grande majorité des cas, ils ulcèrent la peau et se font jour au dehors.

TRAITEMENT. — Si les foyers purulents ne comprennent point le mamelon, et si l'on a quelque raison de penser que les conduits lactés sont intacts, il n'est pas nécessaire de retirer le sein à l'enfant; dans le cas contraire, la prudence exigerait qu'on soutirât le lait par les moyens artificiels. Ces abcès étant produits le plus souvent par des irritations, des gerçures, des crevasses du mamelon ou de son aréole, il convient avant tout de faire disparaître ces maladies : cela fait, toute la thérapeutique des abcès qui nous occupent en ce moment consiste à savoir s'il vaut mieux les ouvrir avec l'instrument tranchant que d'en confier l'ouverture aux efforts de l'organisme. Il est vrai de dire que bien souvent la nature triomphe assez facilement de la maladie, et qu'en peu de temps ces abcès s'ouvrent au dehors. Mais qu'on examine ce qui se passe en pareil cas. Les téguments amincis et décollés empêchent les foyers de se déterger, de se mondifier et de se recoller aussi promptement que quand on a fait usage du bistouri. Je pense donc, avec M. Velpeau, que ces abcès ne doivent pas être abandonnés aux seules ressources de la nature; nous avons vu, d'ailleurs, qu'ils peuvent gagner le tissu de la glande. Il faut les ouvrir dès qu'on s'est préalablement assuré qu'il y a collection purulente. En se conduisant ainsi, on évite bien des souffrances aux malades, et la guérison est plus prompte et plus sûre. M. Velpeau dit qu'il y aurait moins d'inconvénient peut-être à porter l'instrument sur une bosselure non abcédée qu'à laisser un foyer purulent s'ouvrir de lui-même. Ce chirurgien ordonne, en outre, de les ouvrir largement pour en extraire tout le pus par la pression.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, qu'on en pratique l'ouverture, ou qu'on la confie aux efforts de l'organisme, les abcès tubéreux du sein ne réclament d'autre médication que des topiques émollients, les cataplasmes de farine de lin surtout. Il est inutile d'ajouter que, si ces abcès avaient développé une réaction assez intense, et qu'il n'existât, d'ailleurs, aucune contre-indication, on aurait recours à la saignée. Mais ces cas sont rares. Le plus souvent, ouverts de bonne heure, et immédiatement recouverts de cataplasmes de farine de lin, ces foyers se tarissent et se cicatrisent en quelques jours.

OBS. XI. — Le 15 avril 1838 est entrée à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, la nommée Lebrun (Marie), âgée de 37 ans, pour des douleurs vives qu'elle ressent autour du mamelon droit. Cette malade, couchée au n° 17 de la salle Ste-Catherine, est d'une bonne constitution et nourrit depuis deux mois son cinquième enfant. L'aréole du sein droit offre un développement considérable; la peau est d'un rouge livide; la malade éprouve dans

cette région de vives douleurs, que la moindre pression augmente. Il n'y a pourtant aucun signe de fluctuation. 25 sangsues; cataplasmes de farine de lin.

Le lendemain, même état, même prescription.

Le 26, les douleurs sont moindres; la tension des téguments a aussi diminué; la fluctuation est évidente. M. Velpeau pratique une incision qui donne issue à une petite quantité de pus. Le foyer est ensuite complétement vidé par des pressions modérées. Cataplasmes émollients. Deux jours après, la suppuration est tarie.

Le 1er mai, la malade sort de l'hôpital complétement guérie.

Obs. XII. — Dans le courant du mois de juillet dernier, une femme se présenta à la consultation de M. Velpeau pour une contusion de l'épaule. En visitant la partie affectée, nous aperçûmes que le mamelon gauche était le siége d'une suppuration, et que les téguments de cette partie du sein étaient en partie décollés. Interrogée sur ce point, cette femme nous dit qu'elle avait eu, un mois auparavant, un abcès; qu'elle l'avait laissé s'ouvrir de lui-même et que depuis sa plaie ne pouvait plus se fermer.

M. Velpeau ne laissa pas échapper cette circonstance sans montrer combien est peu rationnelle la pratique de ceux qui confient ainsi l'ouverture de ces foyers aux ressources de l'organisme. C'est pourquoi aussi j'ai cru devoir consigner ici ce fait.

B. Abcès du tissu cellulo-graisseux.

Cette variété d'abcès du sein s'établit et se comporte de la même manière que les abcès phlegmoneux de la couche sous-cutanée des autres régions du corps. La texture aréolaire feutrée du tissu, qui en est le siége, tend continuellement à en circonscrire les limites: elle explique, en outre, pourquoi ces abcès sont assez souvent multiples. J'en ai observé jusqu'à six sur le sein droit d'une femme affectée d'érysipèle ambulant, et traitée par M. Velpeau à l'hôpital de la Charité. Chacun d'eux offrait le volume d'une grosse noix. Ils furent ouverts et la guérison ne se fit pas longtemps attendre. Ce chirurgien dit en avoir observé quatre sur le même sein d'une autre femme. Entre autre exemples de ce genre, je citerai le fait suivant:

Obs. XIII. — Vers la fin du mois de décembre 1836, une femme d'environ 24 ans entra dans le service de M. Velpeau, à la Charité, et fut couchée au n° 19 de la salle Ste-Catherine. Cette malade était sortie deux semaines auparavant d'une des salles de médecine de l'Hôtel Dieu, où elle avait été traitée d'une affection aiguë de poitrine. Elle paraît, d'ailleurs, d'une fort bonne constitution. Six jours avant son entrée à la Charité, elle éprouva, sans cause appréciable, quelques douleurs vagues dans le sein gauche. Le lendemain, une plaque rouge se montra sur le côté externe de la mamelle; deux jours après, une seconde plaque se développa sur la partie inférieure et interne; enfin, le même phénomène se renouvela sur la partie inférieure et externe. Les progrès de l'inflammation furent si rapides que lorsque la malade se présenta à notre observation, nous trouvâmes à la place de ces plaques trois abcès du volume d'un œuf chacun et offrant une fluctuation évidente. La peau de chacune de ces tumeurs était amincie, celle surtout qui recouvrait l'abcès situé à la partie externe de la mamelle. M. Velpeau ouvrit immédiatement ces foyers, et une assez grande quantité de pus s'écoula au dehors. L'abcès dont la peau était le plus amincie fut ouvert par deux incisions parallèles. Une seule incision suffit pour les deux autres, quoique ces trois tumeurs fussent d'un volume à peu près égal. M. Velpeau pratiqua deux incisions sur le premier abcès pour aider par là le recollement de la peau. Cela fait, tout le sein fut couvert d'un cataplasme de farine de lin. Le lendemain, la suppuration est abondante. D'ailleurs, il n'existe aucun symptôme de réaction. Nouveaux cataplasmes émollients. Les jours suivants, la suppuration diminua de plus en plus: et, dix jours après, la malade était complétement guérie.

Lorsque ces abcès sont multiples, ils ont une base souple et assez régulièrement circonscrite; la peau qui les recouvre est mince; on les dirait situés dans les couches les plus superficielles. Leur ramollissement est aussi plus rapide. Nous avons vu dans l'observation précédente que quelques jours suffirent pour amener ce ramollissement.

S'il n'existe qu'un seul abcès, sa base est assez ferme et mal limitée; le ramollissement se fait alors lentement du centre vers la circonférence. C'est surtout dans ces cas que la tumeur présente une forme conoïde. Ils semblent situés moins superficiellement que les précédents.

Quoi qu'il en soit, les abcès de la couche cellulo-graisseuse du sein acquièrent parfois un volume considérable, surtout lorsqu'il n'en existe qu'un seul. J'en ai observé qui avaient le volume d'une grosse orange. M. Velpeau en a rencontré de comparables à la moitié de la tête d'un enfant. Leur siége le plus ordinaire est à la partie externe et inférieure de la mamelle. Il n'est pas rare néanmoins de les rencontrer dans les autres régions du sein.

Les symptômes de ce genre d'abcès sont déterminés, comme pour les abcès phlegmoneux en général, par la saillie, l'amincissement, et la teinte livide ou bleuâtre de la peau. La fluctuation est facile à reconnaître; on y parvient aisément en pressant contre les parois thoraciques avec la main gauche la mamelle, sans y comprendre toutefois la totalité de la tumeur, tandis qu'avec l'index de l'autre main on explore la partie de la tumeur qu'on a lais-

sée libre. On pourrait encore se servir du procédé que j'ai indiqué en parlant des abcès de l'aréole.

Dans le plus grand nombre des cas, ces abcès se distinguent facilement de ceux qui occupent la glande et surtout de ceux qui ont leur siége dans le tissu sous-mammaire. Le diagnostic pourrait néanmoins offrir quelques difficultés, si la femme était douée d'un grand embonpoint ou si le sein était dilaté, soit par le travail de la lactation, soit par un véritable engorgement laiteux. Dans ces cas même, il sera encore assez facile d'éviter toute méprise, si tenant compte des antécédents de la maladie, on observe que la peau qui recouvre la tumeur est d'un rouge plus foncé et plus amincie que dans les parties environnantes et si cette tumeur est le siége d'une douleur sourde et permanente.

Traitement. — Abandonnés à eux-mêmes, les abcès dont il s'agit mettent toujours un temps plus ou moins long à s'ouvrir à l'extérieur. M. Velpeau dit en avoir observé plusieurs dont l'ouverture spontanée ne s'est effectuée qu'au bout d'un mois. Le plus souvent néanmoins cette ouverture s'opère avant le quinzième jour.

La glande mammaire ne prenant ici aucune part à la maladie, et continuant à remplir librement ses fonctions, il est évident qu'il n'est point nécessaire de suspendre l'allaitement. Cette suspension serait même plus ou moins nuisible, puisque l'engorgement laiteux qui surviendrait alors ne manquerait pas d'augmenter l'irritation et exercerait par là une influence plus ou moins fâcheuse sur la maladie.

La meilleure médication consiste ici à ouvrir largement le foyer dès qu'on y a constaté la fluctuation d'une manière évidente. En se comportant ainsi, on évite toutes fusées purulentes dans les différentes régions voisines, et lorsque les abcès occupent le pourtour de la glande, on prévient, autant que possible, l'inflammation de se communiquer au tissu cellulaire profond. Beaucoup de chirurgiens conseillent de ne faire usage de l'instrument que lorsqu'on s'est bien assuré de la fonte complète de l'engorgement. En suivant cette pratique, on s'exposerait à voir les téguments s'amincir, se décoller même, et devenir par là un obstacle plus ou moins grand à une prompte cicatrisation. Mieux vaut, sans doute, comme le pratique M. Velpeau, donner issue au pus avant la maturité complète de la tumeur. Je me suis plusieurs fois convaincu qu'une incision prématurée arrête le développement de la maladie, et en favorise même assez souvent la disparition. Quant à l'engorgement qui subsiste dans ces cas, on peut être tranquille sur ses conséquences, la résolution s'en empare bientôt et tout rentre dans l'ordre.

Ces abcès doivent être ouverts largement. Il est inutile de dire que l'incision devra être faite sur le point le plus déclive. Si la peau est amincie, et que le pus ait eu le temps de se creuser des cavernes, il convient de pratiquer plusieurs incisions. Lorsque les foyers sont profonds et sinueux, on doit placer entre les lèvres de la plaie une mèche de charpie enduite de cérat pour l'empêcher de se cicatriser avant que la caverne purulente se soit complétement détergée.

Après l'ouverture de ces abcès, on applique à nu sur le sein de larges cataplasmes émollients que l'on renouvelle matin et soir, jusqu'à ce que la suppuration soit épuisée, et que le foyer soit complétement modifié. On substitue le pansement simple aux cataplasmes, lorsqu'il ne reste plus que la plaie faite par l'instrument tranchant. L'engorgement voisin qui subsiste assez souvent est alors avantageusement combattu par une compression méthodiquement faite. Il arrive quelquefois que le foyer fournit pendant longtemps une suppuration plus ou moins abondante, et que la plaie prend un aspect blafard qui indique que la guérison radicale se fera longtemps attendre. Dans ces cas, on fait usage d'injections irritantes. J'aurai à revenir plus tard sur cette médication, que je me borne à indiquer ici.

Le meilleur traitement des abcès cellulo-graisseux du sein consiste donc à les ouvrir largement et de bonne heure. Néanmoins, comme il arrive assez souvent, dans la pratique civile surtout, que les femmes se refusent formellement à l'emploi du bistouri, je dois faire mention d'une médication que j'ai vu réussir quelquefois à l'hôpital de la Charité. M. Velpeau couvre, dans ces cas, la tumeur d'un large vésicatoire volant dont la plaie est pansée matin et soir avec la pommade d'iodure de plomb ou la pommade mercurielle. Après la dessiccation de la plaie, un nouveau vésicatoire est appliqué, et on fait usage du même pansement. J'ai observé que ce moyen hâte la suppuration lorsqu'elle est inévitable, qu'elle tend à ramollir le foyer, à en amincir la peau, à émousser les douleurs, et même à favoriser la résolution, si cela est possible. Le vésicatoire est donc ici une ressource que les praticiens doivent prendre en considération. Toutefois, qu'on ne s'y trompe point, dans la plupart des cas, quelque moyen que l'on prenne, le pus doit être expulsé au dehors, et les chirurgiens doivent tout faire pour décider les malades à se laisser pratiquer une opération qui leur épargnera bien des souffrances, et qui leur procurera une guérison plus prompte et plus satisfaisante.

2° ABCÈS PROFONDS OU SOUS-MAMMAIRES.

La division de ces collections purulentes en abcès idiopathiques et en abcès symptomatiques est de la plus haute importance pour la pratique. Il est évident que la première classe de ces foyers est loin

d'offrir la même gravité que la seconde, qui se lie toujours à une affection plus ou moins sérieuse des organes voisins. C'est ainsi qu'en 1836 j'ai observé dans le service de M. Velpeau, à la Charité, un de ces abcès dont le point de départ avait été une masse caséeuse sous-sternale. Une jeune fille, traitée dans le même hôpital, et à peu près à la même époque, en offrit un qui avait son origine entre le bord antérieur du poumon droit et la plèvre costale. M. Velpeau dit en avoir observé plusieurs autres exemples, dépendant tantôt de l'inflammation et de la suppuration du périchondre d'un cartilage sterno-costal brisé, tantôt de l'altération de côtes sous-jacentes; tantôt enfin d'une maladie quelconque de la poitrine. Ce ne sont là, après tout, comme on le comprend très-bien, que des variétés de l'abcès par congestion. Le fait suivant mérite d'être relaté ici.

Obs. XIV. — Dans les premiers mois de l'année 1836, j'observai à l'hôpital de la Charité, une femme, âgée de 34 ans, dont la région profonde du sein gauche était depuis plus d'un mois le siége d'une suppuration abondante. Cette femme souffrait depuis seize mois de douleurs sourdes dans la région postérieure et moyenne, de la poitrine. Depuis cette époque, sa santé s'était beaucoup altérée, depuis un mois surtout ses forces l'abandonnaient chaque jour, et il était facile de voir que la mort ne se ferait pas longtemps attendre. Aux antécédents fournis par la malade, M. Velpeau pensa que le foyer purulent du sein avait son origine dans une affection d'une ou de plusieurs des vertèbres dorsales; et que ce n'était là qu'un abcès par congestion. Cette malheureuse femme succomba d'épuisement peu de temps après, et nous pûmes nous convaincre de la justesse de ce diagnostic. Les troisième et quatrième vertèbres dorsales étaient cariées en grande partie; le pus avait fusé le long de la troisième et quatrième côtes correspondantes du côté gauche, et était venu se faire jour sous la mamelle, au niveau de l'union des côtes avec leur cartilage.

Les abcès profonds du sein dépendent en outre assez souvent d'une affection de la glande mammaire elle-même. On conçoit sans peine, en effet, que l'inflammation du tissu glanduleux se communiquant à la couche graisseuse profonde détermine là des foyers purulents.

Obs. XV. — Au mois de septembre 1837, une femme, âgée de 27 ans, était traitée à l'hôpital de la Charité pour un abcès développé dans le tissu glanduleux de la mamelle droite. Aux caractères que présentait la maladie, et qu'il est inutile de rappeler ici, il était facile de voir que la glande seule était affectée, que les couches celluleuses profondes ne prenaient aucune part au mal. Cette malade était soumise depuis près de vingt jours à un traitement approprié, lorsque tout à coup, sans cause appréciable, la mamelle devint plus volumineuse; des douleurs profondes et sourdes s'y firent sentir; deux jours après, la fluctuation était évidente dans la région profonde du sein; une incision pratiquée au côté externe et inférieur de la mamelle donna issue à plus d'un verre de pus. Cette ouverture fournit une suppuration abondante pendant cinq à six jours; après quoi la plaie se cicatrisa. L'abcès glanduleux ne fut complétement guéri que près d'un mois plus tard.

Les abcès profonds du sein peuvent aussi être la suite de foyers purulents développés dans la couche sous-cutanée, comme j'ai déjà eu occasion de le dire en traitant de cette première classe d'abcès. Entre autres exemples de ce genre, je citerai le fait suivant.

Obs. XVI. — Dans le courant de l'hiver dernier, une femme affectée d'un abcès superficiel du sein droit se présenta à la consultation de M. Velpeau, à la Charité. La tumeur, du volume d'un œuf, était située à la partie inférieure et externe de la mamelle; la fluctuation y était évidente; les téguments qui la couvraient étaient rouges et un peu amincis; les douleurs qu'éprouvait la malade n'étaient pas très-vives. M. Velpeau se proposait de pratiquer une incision, lorsque cette femme s'y refusa formellement, disant que la tumeur s'ouvrirait d'elle-même, et qu'elle ne se sentait pas le courage de supporter l'opération. Toute tentative fut inutile; elle promit de revenir à la consultation; elle revint en effet deux jours après. Mais suivant les prévisions de M. Velpeau, le pus avait fusé dans les couches profondes, et un abcès sous-mammaire était venu compliquer la maladie primitive. La malade entra immédiatement dans l'hôpital, y fut traitée convenablement, et en sortit onze jours après parfaitement guérie.

Plus de détails sur ce point deviendraient fastidieux; il n'est, en effet, aucun praticien qui osât mettre sur la même ligne les abcès profonds idiopathiques, et ceux qui se développent à la suite d'une affection des organes voisins.

Les symptômes qui caractérisent cette classe d'abcès sont ordinairement assez tranchés pour qu'on ne puisse pas les confondre avec les foyers purulents précédemment étudiés; nous verrons plus tard quels sont les signes qui les différencient des abcès qui se développent dans le tissu glanduleux.

Lorsque la suppuration commence à s'établir, la femme éprouve des frissons irréguliers, des sueurs partielles; le sein affecté lui paraît lourd et comme distendu; la peau est lisse, un peu chaude, et ordinairement peu colorée. Soumise à la pression, la glande, qui est d'ailleurs soulevée en avant, et qui présente une rénitence particulière, semble reposer sur une vessie remplie de liquide, et fait éprouver une sensation bien différente de celle que donnent les abcès superficiels ou glanduleux. Avec un peu d'habitude ce caractère suffit souvent pour por-

ter un diagnostic à peu près certain. Je dois ajouter pourtant qu'assez souvent, surtout lorsque les abcès sont peu volumineux, la fluctuation est difficile à constater d'une manière évidente. Il faut alors avoir recours aux antécédents de la maladie, à la durée, au degré d'intensité de l'inflammation qui a précédé le développement du foyer purulent. Ainsi, lorsque après huit ou dix jours d'existence des symptômes que j'ai énumérés plus haut, en traitant de l'inflammation sous-mammaire, on voit la rougeur des téguments, la douleur et la réaction générale perdre de leur intensité, sans que pour cela la tumeur s'affaisse, sans que la fièvre cesse, sans que l'appétit revienne, tout porte à croire qu'il s'est formé une collection purulente. Si, avec ces signes, on trouve un empâtement des tissus qui conserve l'impression du doigt, il n'y a plus à hésiter, un abcès s'est définitivement établi.

Assez souvent, ces abcès acquièrent un volume considérable. M. Velpeau dit en avoir ouvert plusieurs qui contenaient près de deux litres de pus. En 1837, ce chirurgien en ouvrit un à l'hôpital de la Charité, qui donna issue à plus d'un litre de matière purulente. Tout le côté gauche de la poitrine semblait transformé en une vaste poche qui refoulait au-devant d'elle la mamelle et les téguments.

Quelque tendance qu'aient ici les foyers purulents à s'étendre, vu la disposition anatomique des parties, il ne faudrait pas croire pourtant que ce genre d'abcès occupe toujours la largeur du sein. On comprend en effet que l'inflammation puisse être adhésive dans certains points, qu'il s'établisse là des brides, des cloisons qui circonscrivent la collection; c'est ainsi sans doute que doivent se former ces petits abcès, tantôt uniques, tantôt multiples qu'on observe quelquefois dans la région profonde du sein, et qui se présentent alors sous forme de bosselures plus ou moins volumineuses. Mais, je me hâte de le dire, ces cas sont rares; ordinairement la maladie se présente sous la forme diffuse, et elle offre alors les caractères dont je viens de parler.

Le siége qu'occupent ces foyers, et la texture du tissu au milieu duquel ils se trouvent en font une maladie sérieuse qui mérite la plus grande attention de la part des praticiens. J'ai déjà parlé des fusées purulentes qui peuvent se former dans l'aisselle, dans l'hypochondre, à l'épigastre, ou sur tout autre point circonvoisin. Qui ne voit, en outre, que la maladie peut se propager jusque dans la poitrine, et donner lieu à des affections d'organes importants? Ce sont là, sans doute, des cas rares; mais il suffit qu'ils aient été observés pour que les chirurgiens doivent se tenir sur leur garde. M. Velpeau en a cité plusieurs exemples capables de fixer l'attention des praticiens sur ce point.

Traitement. Dès que l'existence de la collection purulente est bien constatée, ce serait s'abuser et même exposer la malade à des dangers, que d'avoir recours à l'emploi des topiques et à des médications internes. Ce sont là tout au plus des moyens que le chirurgien peut mettre en usage pour satisfaire les désirs de la malade. Le remède essentiel ici, le seul même qui soit efficace, consiste à porter le bistouri dans le foyer pour en évacuer le liquide qu'il contient. Mais comme cette pratique subit, suivant les cas, des modifications importantes, je crois devoir entrer dans quelques détails sur ce point.

Lorsque les abcès profonds du sein sont limités en arrière de la glande, qu'ils n'ont point traversé cet organe pour venir faire saillie sous la peau de la région antérieure de la mamelle, le chirurgien doit pratiquer l'incision sur le point le plus déclive du clapier; c'est-à-dire en bas et en dehors. Cependant, si la femme est habituée de se coucher sur le côté sain, il faudrait inciser en bas et en dedans de la mamelle. Cette incision doit être large et dirigée perpendiculairement à l'axe du tronc. Une pareille direction donne plus de liberté au pus de s'écouler au dehors, et s'oppose à l'occlusion trop prompte de la plaie. Il est bien entendu que si la peau était amincie sur plusieurs points, il faudrait pratiquer tout autant d'incisions, en se conformant aux règles précédentes. Ainsi ouverts, ces abcès sont immédiatement couverts de cataplasmes émollients; si l'on craint que la plaie se cicatrise trop promptement, on interpose entre ses lèvres une mèche de charpie enduite de cérat. Traités de cette manière, ces foyers purulents se tarissent bientôt, pourvu toutefois qu'il n'existe aucune des complications dont j'ai parlé plus haut. J'ai observé dans le service de M. Velpeau, à la Charité, plusieurs de ces abcès qui ont été radicalement guéris après quelques jours de traitement. D'ailleurs, si cinq ou six jours après l'ouverture de ces foyers, la guérison n'arrivait point, on la hâterait puissamment à l'aide d'une compression méthodiquement faite.

Jusqu'ici, on le voit, la thérapeutique est simple, et le traitement de ces abcès ne peut être le sujet d'aucune discussion.

Mais il n'en est plus de même lorsque le pus a traversé la glande sur un ou plusieurs points, et qu'il est venu constituer en avant de cet organe, soit sur l'aréole, soit sur tout autre point de la face antérieure du sein, un ou plusieurs foyers. Dans ces cas, les incisions pratiquées sur la périphérie de la glande n'offrent plus les mêmes avantages : il faut porter le bistouri sur les tumeurs antérieures, et se conformer à certaines règles que je vais indiquer.

Dans ces cas, l'abcès est constitué par une caverne située sous la glande et par un nombre plus ou moins considérable de petits foyers placés au-devant de cet organe, et constituant autant de branches du foyer

profond principal. Je me suis souvent convaincu, et des observations nombreuses le démontrent jusqu'à la dernière évidence, qu'à ce degré et sous cette forme, les abcès profonds du sein constituent une maladie très-tenace qui exige beaucoup de temps avant d'arriver à une guérison parfaite, quels que soient d'ailleurs les moyens qu'on lui oppose. La meilleure médication, celle qui procurerait les plus prompts résultats, consiste à fendre la mamelle sur une grande partie du foyer et dans toute son épaisseur. Tel est le conseil que donne M. Velpeau, surtout lorsque l'abcès est épanoui en arrière et en avant de la glande, de telle sorte que cet organe l'étrangle dans son milieu à la manière d'un bouton de chemise. En effet, si, dans ces cas, on se bornait à une simple ponction ou à une petite incision, l'élasticité de la glande détruirait bientôt la communication des deux foyers, et mettrait par là obstacle à la sortie du pus renfermé dans la caverne profonde. De plus, il n'est pas rare aussi de voir ces petites ouvertures se maintenir indéfiniment à l'état d'ulcères fistuleux qu'il est extrêmement difficile de guérir. Ce sont ces conséquences qui ont porté Hey à conseiller de fendre la glande d'outre en outre sur toute l'étendue de la caverne purulente. Quoi qu'en dise sir A. Cooper, M. Velpeau pense que cette pratique est la plus sûre, et quelquefois même la seule qui puisse procurer une guérison radicale. Le seul inconvénient qu'elle présente, si toutefois c'en est un réel, c'est d'effrayer les malades.

Je dois ajouter, pour rendre ici toute la pensée de M. Velpeau, que ce n'est point au début qu'on doit avoir recours à ces larges incisions, mais lorsque les ouvertures qu'on a déjà pratiquées ne peuvent point se cicatriser, qu'elles restent à l'état d'ulcères fistuleux. Voici dans ces cas le mode opératoire suivi par ce chirurgien : une sonde cannelée est introduite à travers une des ouvertures primitives jusqu'au fond du foyer principal ; on conduit sur elle un bistouri droit et on tranche largement la mamelle d'un seul coup. Le doigt introduit ensuite dans le fond du clapier sert de guide pour détruire de la même manière toutes les sinuosités de la caverne. Une forte mèche de charpie enduite de cérat est ensuite interposée entre les lèvres de la plaie pour s'opposer à la trop prompte réunion de ses bords ; il faut faire en sorte, en un mot, que la cicatrisation marche du fond à la superficie. C'est pour avoir négligé cette précaution qu'on voit de nouveaux foyers se former, alors que la plaie extérieure est complétement cicatrisée.

Si les malades se refusaient obstinément à ces larges incisions, ou même si cette pratique ne convenait pas à quelques chirurgiens, on pourrait se borner aux incisions ordinaires dont on tiendrait les bords écartés comme je viens de le dire ; mais alors il faudrait s'attendre à voir la maladie se prolonger longtemps. M. J. Cloquet a proposé en pareil cas de placer à demeure dans le fond du clapier une grosse sonde de gomme élastique. Ce chirurgien a retiré d'heureux résultats de ce procédé ; mais je serais porté à penser, comme l'a dit du reste M. Velpeau, que si on a tant préconisé les avantages de ce moyen, c'est qu'on l'a employé indistinctement contre plusieurs des variétés de l'abcès du sein. Je dois ajouter pourtant que c'est un procédé à ne pas négliger dans la pratique lorsqu'on se borne à pratiquer de petites incisions.

D'ailleurs quelque moyen que l'on emploie, il arrive assez souvent que le foyer une fois ouvert met un temps plus ou moins long à se déterger, à se mondifier. Il faut alors avoir recours à une compression méthodique ; et si quelques jours après, ce moyen ne produit pas l'effet désirable, que les lèvres de la plaie soient blafardes et flasques, il convient de faire usage d'injections irritantes, telles que la décoction de quinquina, une solution affaiblie de teinture d'iode, ou bien encore le mélange vanté par sir A. Cooper, composé de trois gouttes d'acide sulfurique concentré par once d'eau de rose. C'est par un usage sagement combiné de chacun de ces moyens que j'ai vu assez souvent M. Velpeau triompher de la maladie qui nous occupe.

C'est particulièrement contre les abcès profonds du sein qu'on a proposé une foule de traitements internes. L'exposé de chacune de ces médications me conduirait évidemment trop loin. D'ailleurs je n'ai pas encore été à même de juger de mes propres yeux leur plus ou moins d'efficacité. Je me bornerai donc à dire quelques mots de celles que j'ai vu employer par M. Velpeau : ce sont d'ailleurs celles qui sont le plus généralement répandues dans la pratique. A l'hôpital de la Charité, un assez grand nombre de femmes ont été soumises, les unes à l'usage des purgatifs simples, répétés à de courts intervalles pendant dix à douze jours ; chez d'autres on a fait usage de la même façon, tantôt des émétiques, tantôt des éméto-cathartiques. Plusieurs ont été traitées, tantôt par la teinture de colchique à la dose d'un à deux gros par jour, tantôt par la teinture d'iode et les bains iodés, tantôt enfin par le calomel, soit à dose purgative soit à petite dose, soit à haute dose. Eh bien, je peux le dire et je possède plusieurs observations qui l'attestent, aucune de ces médications ne m'a paru procurer par elle-même des avantages manifestes, et mériter en conséquence la réputation que leur accordent encore certains praticiens.

L'émétique à dose fractionnée ou à dose rasorienne, tant préconisé en Angleterre par MM. Kennedy, Beatty et Lever, a surtout été essayé avec soin par M. Velpeau. Et les observations recueillies dans

le service de ce chirurgien sont loin de légitimer la confiance que les chirurgiens anglais accordent à cette médication. D'ailleurs qu'on examine les observations qu'ils ont publiées, et il sera facile de se convaincre qu'il s'en faut beaucoup qu'elles soient concluantes.

En résumé, les abcès profonds du sein réclament avant tout une médication locale et énergique telle que je l'ai indiquée plus haut. Il faut néanmoins avoir égard ici, comme dans toute autre circonstance d'ailleurs, à la constitution des femmes et aux causes générales qui pourraient entretenir la maladie.

3° ABCÈS PARENCHYMATEUX OU GLANDULAIRES.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'entrer dans des détails pour montrer toute l'importance pratique de la division de cette classe d'abcès en *primitifs* et *secondaires*. D'ailleurs en traitant des abcès profonds, j'ai présenté quelques considérations qui peuvent facilement s'y rattacher. Je n'y reviendrai pas.

Les abcès qui se développent dans le parenchyme de la glande mammaire offrent deux variétés principales : les uns s'établissent dans les conduits lactés, et reconnaissent pour cause une inflammation préalable de ces canaux. Aussi est-ce chez les nourrices et les nouvelles accouchées qu'on les observe le plus souvent; on en observe aussi quelques exemples chez les femmes vers l'âge de retour. Les autres étant le résultat d'une inflammation du tissu cellulaire ou du parenchyme celluleux de la glande, se développent d'abord dans l'épaisseur des cloisons, des brides qui séparent les différentes parties de l'organe.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, ces abcès sont ordinairement multiples. Dans un assez court espace, il peut s'en développer un nombre considérable sur le même sein; tantôt on les voit survenir simultanément; d'autres fois ils se développent les uns après les autres. Leur nombre est d'ailleurs proportionnel au nombre de canaux galactophores ou de lobules de la glande qui ont été le siége de l'inflammation. Leur volume est ordinairement peu considérable; on en saisira facilement la raison si l'on réfléchit au nombre considérable de cloisons de brides qui divisent et subdivisent la glande mammaire. M. Velpeau dit avoir vu trente-trois de ces abcès se développer successivement sur le même sein. Le fait suivant mérite d'être relaté ici avec tous ses détails.

Abcès multiples du sein droit pendant la grossesse chez une primipare ; mort ; autopsie.

OBS. XVII. — Le 22 novembre 1837 est entrée à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 5, la nommée Carterne (Athalie), âgée de 19 ans. Cette jeune femme d'une constitution un peu lymphatique a toujours joui jusqu'à ces derniers temps d'une santé parfaite. Réglée à l'âge de quinze ans, elle n'a cessé de l'être que depuis environ huit mois, époque où elle est devenue enceinte. Les six premiers mois de sa grossesse n'ont exercé aucune influence sur sa santé. Au dire même de la malade, son embonpoint aurait augmenté pendant ce temps, malgré les soucis que lui causait son état. Il ne devait plus en être ainsi. A cette époque, elle aperçut sur son sein droit une tumeur un peu douloureuse; ne pouvant en reconnaître la cause, elle l'attribua d'abord à sa grossesse; mais voyant ensuite que le sein du côté opposé avait un volume moins considérable, et que les douleurs augmentaient chaque jour, elle entra à l'hôpital vers la fin du mois d'août 1837. L'état général de la malade était alors très-satisfaisant. Ses chairs étaient fermes et colorées. Elle se disait enceinte de six mois. Le sein gauche était à l'état normal; mais à la partie inférieure et externe du sein droit, on observait une tumeur du volume d'un œuf de poule avec rougeur et amincissement de la peau, et douleurs assez vives à la pression. La fluctuation y était évidente. A ces signes, à la situation et à la forme bosselée que présentait cette tumeur, M. Velpeau reconnut un abcès de la glande mammaire. Une incision est immédiatement pratiquée; elle donne issue à une assez grande quantité de pus. En pressant le sein en divers sens, on se convainc que plusieurs foyers communiquant entre eux existent dans la glande; il est dès lors prévu que la maladie sera longue, et que peut-être entretenue par l'état de grossesse, elle se prolongera jusqu'après l'accouchement. Après l'incision une mèche de charpie est introduite entre les lèvres de la plaie, et le sein est couvert d'un cataplasme de farine de lin.

Les jours suivants, deux autres petits abcès se développent autour du foyer principal : ils sont ouverts aussitôt, et on les panse de la même manière.

Après vingt jours de traitement, la maladie semblait marcher vers la guérison, lorsque la malade fut obligée de sortir de l'hôpital pour quelques jours.

Elle ne rentra que le 10 octobre. La maladie était devenue sérieuse. Le foyer s'était enflammé; de nouveaux abcès s'étaient formés sur d'autres régions du sein. La mamelle en un mot avait été envahie presque en totalité par la maladie. (Trente sangsues; cataplasmes émollients.)

Le 17, l'inflammation a diminué considérablement; la suppuration est moins abondante. M. Velpeau fait alors appliquer une compression modérée, que l'on continue jusqu'au 4 novembre. La malade était alors dans un état assez satisfaisant; le volume du sein avait considérablement diminué; la suppuration s'affaiblissait de jour en jour, et tout portait à

penser que Carterne serait à l'abri de tout accident sérieux de ce côté, lorsqu'elle voulut sortir de nouveau de l'hôpital, promettant d'ailleurs de revenir s'il survenait de nouveaux accidents, et se proposant du reste de suivre un régime chez elle.

Le 22 novembre, elle rentra; mais alors la scène avait changé : la maladie avait revêtu un caractère de gravité; l'inflammation était à son summum d'intensité; la suppuration était très-abondante; la malade était faible et en proie à une toux fréquente; la peau est chaude; la langue est limoneuse; le pouls est un peu accéléré, surtout le soir. Trente sangsues sur la partie enflammée; cataplasmes de farine de lin.

Les jours suivants, ces symptômes augmentent et inspirent des craintes. Le ventre est libre.

Le 27, la malade se sent plus faible; elle est pâle, comme bouffie; le pouls devient petit, mais sans fréquence; les extrémités supérieures et inférieures s'infiltrent.

Les jours suivants l'infiltration devient générale; les membres ont presque doublé de volume.

A la visite du 8 décembre, la malade se plaint de violentes coliques qu'elle éprouve de temps à autre depuis cinq heures du matin; elle prétend même avoir eu une perte par le vagin. M. Velpeau touche la malade, constate que le col est complétement effacé et annonce que l'accouchement se terminera bientôt. A trois heures après midi, la malade fut délivrée avec un peu de difficulté sans aucun accident néanmoins pour elle et pour l'enfant.

Le 9, l'état général de la malade offre de vives inquiétudes : la nuit s'est passée sans sommeil; la peau est chaude; le pouls petit et fréquent; la langue limoneuse; l'infiltration persiste au même degré; il y a un peu de désordre dans les idées.

Le 10, les accidents généraux ont redoublé d'intensité. La malade est immédiatement transportée dans le service de M. Rayer, et succombe le 11 à cinq heures du soir.

Autopsie, 40 heures après la mort.

La matrice ne présente aucune trace d'inflammation; elle est revenue sur elle-même et est logée presque en entier dans le petit bassin. Les reins ne présentent aucune altération. Un peu de sérosité blanchâtre est contenu dans la cavité du péritoine; mais cette membrane n'offre aucune trace d'inflammation. Tous les autres organes sont à l'état normal.

A la partie inférieure des parois abdominales, on constate un phlegmon très-étendu qui n'était point encore arrivé à la période de suppuration.

Le sein malade examiné avec soin a confirmé de tous points l'opinion que M. Velpeau avait émise sur le siége de la maladie. Toute l'épaisseur de la glande est parcourue par des trajets plus ou moins considérables qui font communiquer douze ou quinze petits foyers, dont les deux principaux communiquent à l'extérieur par une ouverture peu considérable.

S'il est vrai de dire que les abcès parenchymateux du sein sont ordinairement multiples, il faut ajouter qu'il n'est pas très-rare de n'observer qu'un seul foyer de ce genre. Dans ces cas, ils sont plus volumineux, et leur siége de prédilection semble être autour du mamelon. Ils peuvent d'ailleurs se développer sur tous les autres points de l'organe. Entre autres exemples de ce genre, je citerai le fait suivant.

Obs. XVIII. — Au mois de juin 1838, une jeune nourrice se présenta à la consultation de M. Velpeau à la Charité, portant à la partie inférieure et externe du sein gauche une tumeur du volume d'un œuf. Sept jours auparavant, la malade avait ressenti une assez vive douleur dans ce point, sans pouvoir en déterminer la cause; une plaque rouge se forma et la tumeur avait acquis en quatre ou cinq jours le volume que je viens d'indiquer. Les téguments sont un peu amincis et d'une teinte presque livide; la fluctuation est évidente. Une incision est pratiquée et donne issue à trois ou quatre cuillerées de pus. Il fut facile de se convaincre par la pression que le foyer était unique. Des cataplasmes sont appliqués, et la malade retourne chez elle.

Cinq jours après, elle revint à la consultation; la plaie était presque entièrement fermée, il n'y avait plus de suppuration.

Les abcès parenchymateux du sein sont sans contredit les plus fréquents de tous. On peut même dire que c'est par eux que débutent presque tous les abcès que l'on observe chez les femmes enceintes, chez les nourrices et les nouvelles accouchées, et qui ne reconnaissent point pour cause une violence extérieure. La question se rattachant évidemment ici aux fonctions de l'allaitement et de la sécrétion laiteuse, on s'est demandé si ces abcès sont plus fréquents chez les femmes qui nourrissent que chez celles qui n'allaitent point. Plusieurs auteurs prétendent que l'allaitement est un préservatif contre ces sortes d'abcès. C'est là une erreur que M. Velpeau a bien souvent constatée. Il est évident en effet que chez la femme qui ne nourrit point, la mamelle est débarrassée de la sécrétion laiteuse dans l'espace de huit à quinze jours, et qu'à partir de cette époque la glande rentre dans le repos et n'est plus par conséquent sous l'influence d'irritations continuelles. Je crois inutile d'entrer dans des détails sur ce point; l'observation démontre d'ailleurs la justesse de l'opinion de M. Velpeau sur ce sujet.

La marche de ces abcès est sensiblement moins rapide que celle des deux espèces précédemment étudiées. La nature du tissu au milieu duquel ils se trouvent rend assez compte de la lenteur qu'ils mettent quelquefois à se développer. Il est inutile d'ajouter que ces abcès peuvent se compliquer de

foyers superficiels ou profonds. Dans ces cas, la maladie présente deux phases bien distinctes; l'une lente, c'est celle qui se rapporte à l'abcès glandulaire; l'autre rapide, c'est celle qui a trait à l'une ou l'autre des complications dont je viens de parler.

Traitement. Dans le traitement des abcès superficiels ou profonds, la question de l'allaitement n'est que secondaire. La sécrétion laiteuse n'est point alors essentiellement troublée, et il n'en résulte par conséquent aucun danger pour le nourrisson. Mais il n'en est plus de même pour les abcès parenchymateux. Cette question se présente ici dans toute sa force, et grâce aux expériences modernes, les chirurgiens peuvent se féliciter que la solution en est aujourd'hui définitivement acquise à la science. Le sein des femmes atteintes d'abcès parenchymateux de la mamelle ne doit point être présenté à l'enfant. Le pus est ici mêlé au lait en proportions variables. C'est là un fait que M. Donné a démontré jusqu'à l'évidence à l'aide du microscope. On comprend donc facilement qu'une pareille nourriture ne serait pas sans dangers. Il ne faudrait pas croire pourtant que l'allaitement fût nuisible à la maladie, tous les dangers seraient ici pour le nourrisson.

Il est une particularité qu'il importe de connaître, elle explique jusqu'à un certain point la résistance que les abcès glandulaires du sein opposent assez souvent aux médications les mieux dirigées : la sécrétion laiteuse sollicite sans cesse la sécrétion du pus, et la formation du foyer purulent tend de son côté à activer la sécrétion du lait. Ce sont là, comme on le comprend très-bien, deux phénomènes qui entretiennent et prolongent la maladie.

Il résulte de cela que le traitement des abcès parenchymateux du sein n'offre pas la même simplicité que nous a présentée celui des deux espèces de foyers précédemment étudiés. S'il est vrai de dire que les abcès profonds et superficiels doivent être ouverts largement et le plus tôt possible, on comprend qu'une pareille pratique ne peut être généralisée ici. Ce n'est que lorsque la fluctuation est évidente que les abcès parenchymateux du sein réclament l'emploi du bistouri; l'incision doit être, en général, peu étendue; une simple ponction suffit même lorsque le foyer est très-circonscrit. Si les abcès sont multiples, il faut pratiquer avec le bistouri autant de ponctions qu'il y a de bosselures. Je dois ajouter toutefois que lorsque la collection purulente est volumineuse, il convient d'avoir recours aux larges incisions. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, vu la tendance qu'ont ces abcès à se prolonger, il convient d'interposer, dans tous les cas, entre les lèvres de la plaie, une mèche de charpie enduite de cérat, ou bien une sonde de gomme élastique. Le pansement consiste ensuite dans l'application de cataplasmes émollients que l'on remplace bientôt par des pommades résolutives. Plus tard, si la guérison radicale se fait attendre, on retirera de grands avantages d'une compression méthodiquement faite.

Telle est, en peu de mots, la médication locale que réclament les abcès dont je parle; il importe, en outre, d'associer à ces moyens un traitement interne; sans cela on s'exposerait à voir la maladie se prolonger plus ou moins longtemps. Lors donc que la collection purulente est volumineuse, il convient de tarir, par les moyens appropriés, la sécrétion laiteuse qui, comme je l'ai observé plus haut, est la principale cause de la prolongation de la maladie. Pour atteindre ce but, j'ai vu M. Velpeau se servir avec avantage des préparations d'iode à l'intérieur, du calomel à doses fractionnées, des purgatifs de différentes sortes, du tartre stibié à la méthode rasorienne. Cette médication diminue peu à peu, suspend même la sécrétion laiteuse; et c'est alors que le traitement local dont je viens de parler exerce toute son influence, et que la guérison ne tarde pas d'arriver.

Telles sont les considérations que j'avais à présenter sur les inflammations et les abcès du sein chez la femme, considérations que j'ai puisées, comme je l'ai dit au commencement de ce travail, dans les leçons savantes de M. Velpeau à l'hôpital de la Charité.

GAZETTE MÉDICALE. — Janvier 1839.

RÉFLEXIONS SUR LE PHLEGMON OCULAIRE,

Communiquées par M. MACKENZIE, professeur d'ophthalmologie à Glascow.

Un cas des plus intéressants, que je traite en ce moment à ma clinique, m'a suggéré les réflexions suivantes; c'est celui du nommé John Fletcher qui offre un exemple d'ophthalmie traumatique intense et qui s'est terminée par un phlegmon oculaire. Les cas de cette nature ne sont malheureusement pas les plus rares et ils compromettent souvent la réputation du praticien et de l'art. Ils méritent la plus grande attention à cause des dangers qui les accompagnent. Rapportons d'abord le fait avant de nous livrer à quelques réflexions.

OBS. I.—Un tailleur de pierre, âgé de 73 ans, s'est frappé, le 15 mai 1838, à l'œil droit avec un morceau de pierre blanche.

Le 19, il était atteint d'une violente ophthalmie, et il n'avait rien fait jusqu'à ce jour, un charlatan lui ayant conseillé de n'y faire aucun remède. La conjonctive est fort gonflée et fort rouge; le centre de la cornée est opaque; le fond de la chambre antérieure contient une petite quantité de pus; vision

très-altérée, douleur intense, surtout vers l'angle interne de l'œil.

J'ai prescrit une saignée du bras; sangsues répétées souvent sur les paupières, vésicatoires, purgation mercurielle.

Le 30, les symptômes persistent, la douleur à l'angle interne est intense; nouvelle effusion de pus dans la chambre antérieure. Je fais répéter la saignée et continuer le calomel et les sangsues; pas de soulagement.

Le 4 juin, la chambre antérieure est complétement remplie de pus; la douleur continue.

Le 6, la douleur est moins vive, mais la cornée est gangrenée.

Le 10, l'inflammation diminue. On continue les sangsues et les vésicatoires.

Le 16, on suspend le calomel et on le remplace par du sulfate de quinine (2 grains trois fois par jour) qu'on continue jusqu'au 31 juillet.

A l'examen, le premier août, le malade présente l'état suivant : la cornée et l'iris sont à l'état staphylomateux; le staphylome est total, conique, mais pas très-saillant. Le malade se plaint de douleur intense dans l'œil.

Je lui prescris : 1° frictions d'onguent de précipité rouge tous les matins; 2° collyre de nitrate d'argent (4 grains par once d'eau) à instiller entre les paupières une fois par jour; 3° autre collyre vineux de belladone.

Le staphylome fait des progrès à vue d'œil à cause du grand affaiblissement de la cornée déjà abcédée, gangrenée et ulcérée; l'iris qui avait fait procidence se trouve couvert par une pseudo-cornée ou cicatrice opaque, à laquelle adhère tout le diaphragme irien. Effectivement un staphylome de la cornée et de l'iris n'est autre chose que le résultat d'une cicatrice étendue sur l'iris, ayant la forme et la place de la cornée, étant complétement opaque et généralement plus épaisse que la cornée naturelle; sa consistance est même quelquefois cartilagineuse. Dans cette espèce de tumeur, il ne s'agit donc pas d'une dégénérescence de l'ancienne cornée comme dans le staphylome ordinaire. Un leucome avec synéchie antérieure ne constitue pas un staphylome, mais si la cornée est détruite sur un point ou totalement la procidence irienne se couvre d'une pseudo-cornée et forme une tumeur qu'on peut nommer staphylomateuse.

Dans le cas dont il s'agit, nous avions donc à faire à un véritable staphylome total de l'iris et de la cornée. Le malade se plaint d'une douleur très-intense; cette circonstance m'a paru insolite, car elle n'existe pas ordinairement après que la tumeur est déjà formée; aussi ai-je eu le soupçon que quelque fragment de pierre avait pu être resté dans l'œil; le malade partageait lui-même le même soupçon. En conséquence de cette idée, le 16, j'ouvre la tumeur inférieurement comme pour l'extraction de la cataracte, et j'applique un cataplasme tiède par-dessus.

Le 17, le malade se sent beaucoup mieux. On entretient l'ouverture, mais aucun corps étranger n'est sorti. On continue les cataplasmes.

Le 18, j'introduis une sonde dans l'ouverture précitée; il s'écoule beaucoup de pus liquide, mais pas de corps étranger solide.

Le 20, le cristallin s'échappe au dehors avec une grande quantité d'humeur vitrée. Cataplasmes.

Le 22, écoulement abondant de pus; le globe oculaire est très-saillant; conjonctive à l'état chémosique. Les paupières sont gonflées et de couleur rouge obscure. Le malade se plaint de douleurs intenses et profondes, comme si tous les tissus de l'orbite allaient tomber en suppuration. On a administré quatre grains d'opium depuis hier, une once d'huile de ricin et huit sangsues aux paupières. L'œil offre maintenant tous les caractères de cette terrible inflammation qu'on appelle *ophthalmitis phlegmonosa* ou phlegmon oculaire.

Le 23, la nuit est meilleure, mais le gonflement et l'exorbitisme de l'œil continuent. La tumeur offre à son côté externe une couleur blanchâtre. Je plonge une lancette sur le côté temporal de la sclérotique; il ne s'écoule que du sang. Cataplasme.

Le 24, nuit assez bonne, gonflement *ut supra;* écoulement des matières blanche et épaisse par la première incision.

Le 25, gonflement un peu moindre; pouls 72.

Le 26, écoulement considérable de pus par la cornée; douleur plus intense; insomnie. Potion avec trente gouttes de teinture d'opium. Cataplasme.

Le 27, nuit meilleure; le gonflement phlegmoneux décline; écoulement purulent très-abondant.

Prescription, idem.

Le 28, une once d'huile de ricin. Potion; cataplasme.

Le 29, potion avec 35 gouttes.

Le 30, nuit assez bonne; gonflement moindre; écoulement considérable de pus. Le malade commence à mouvoir le moignon. On répète l'huile de ricin et la potion calmante.

Le 31, mieux progressif; les tissus s'affaissent.

Le 1 septembre, paupières à l'état naturel; moignon presque cicatrisé. Guérison.

Telle est l'histoire de ce cas de phlegmon oculaire déterminé par l'ouverture artificielle du staphylome.

Le danger qui accompagne cette maladie ne se borne pas à l'œil; il s'étend souvent à la vie même du malade, et ce n'est pas sans une vive satisfaction que j'ai vu chez Fletcher les symptômes s'amender sous l'influence de mon traitement. Attendu l'âge avancé du sujet, et l'état de la coque oculaire qui se trouvait déjà divisée par le bistouri, nous n'avons

pas eu besoin dans ce cas d'employer une médication aussi énergique que la maladie réclame généralement.

Lorsque le phlegmon oculaire se déclare *ex abrupto,* l'organe étant préalablement sain, il est toujours formidable dans ses conséquences, car il se termine souvent par la mort. Dans cette maladie toutes les membranes internes et externes de l'œil sont enflammées; les paupières elles-mêmes et les tissus introrbitaires participent au travail phlegmasique. Dans les membranes internes cependant l'inflammation est beaucoup plus intense; de là les noms d'*ophthalmie interne* et de *rétinite* dont on l'avait décorée.

Les causes du phlegmon oculaire sont de deux espèces, les blessures et la phlébite. On l'observe assez souvent à la suite de l'opération de la cataracte, surtout après l'extraction. Le docteur Rognetta, qui a donné une excellente description de cette maladie dans la LANCETTE FRANÇAISE, du 9 février 1837, dit l'avoir observée plus fréquemment à la suite de la dépression. D'autres blessures, soit de l'œil, soit de l'orbite, peuvent la produire, ainsi que Percy, Guthrie et d'autres en rapportent des exemples. Il arrive dans ces cas ce qu'on observe souvent à la main et aux doigts, à la suite de petites piqûres qui donnent lieu à des réactions fort graves. M. Rognetta a aussi considéré l'absorption du pus dans la phlébite comme une des causes du phlegmon oculaire. L'on ne peut, en vérité, avoir aucun doute sur la réalité de cette cause. J'ai observé, en effet, la maladie à l'occasion de l'érysipèle ou de l'inflammation diffuse du tissu cellulaire. Dans un cas de cette espèce, que j'ai traité en ville avec deux autres médecins, les deux yeux à la fois ont été attaqués et l'individu est resté complétement aveugle. Dans un autre, j'ai vu la maladie se terminer par la mort; elle s'était déclarée à la suite d'une phlébite utérine, après l'accouchement. En 1836, nous avons vu, dans l'espace de quelques semaines, à l'infirmerie, deux cas de phlegmon oculaire se terminer par la mort, l'un dans le service de M. Cowan, l'autre dans le service de M. Rainy. Dans le cas de M. Cowan, le phlegmon avait été la conséquence de la scarlatine. Chez l'un et l'autre, d'ailleurs, le mal a été attribué à la phlébite, aucune blessure ne lui avait donné naissance.

J'ai souvent vu les yeux staphylomateux être atteints d'ophthalmite phlegmoneuse, soit à la suite d'un coup, soit par l'action du froid. Ces cas cependant ne sont jamais aussi dangereux que lorsqu'ils dépendent de phlébite ou d'un vice constitutionnel. L'ophthalmie morbilleuse, la varioleuse, la mucopurulente, sont quelquefois capables de donner lieu à une réaction phlegmoneuse de l'œil. Telles sont les causes les plus fréquentes de l'ophthalmie phlegmoneuse.

Nous pouvons maintenant distinguer, avec le docteur Rognetta, trois périodes dans la marche de la maladie : 1° *période de pyropsie,* s'étendant depuis le commencement de la maladie jusqu'à l'époque où la rétine devient insensible, les yeux cessant de percevoir la lumière ou d'être photophobiques; 2° *période de suppuration,* commençant depuis la cessation de la photophobie; 3° *période de rupture* du globe oculaire.

La maladie commence lentement et insidieusement dans quelques cas; subitement et avec intensité dans d'autres. Dans les cas dépendant d'une cause constitutionnelle, un œil ou tous les deux yeux sont attaqués. Dans le phlegmon traumatique, fort rarement ou jamais le mal ne passe de l'œil blessé à l'œil sain. Quelquefois la maladie se déclare par un phlegmon de la conjonctive; d'autres fois par les tissus orbitaires. Dans beaucoup de cas, surtout lorsqu'elle dépend d'une phlébite, la rétine paraît être le point de départ du mal. Une douleur pulsatile, comme dans le panaris le plus intense, en est le premier symptôme que les malades rapportent dans le fond de l'œil et de l'orbite. Cette douleur se répand aussi au sourcil et à la tempe, et est accompagnée de chaleur brûlante, de tension et d'un sentiment de plénitude, comme si l'organe ne pouvait pas être contenu dans l'orbite. Le malade se plaint de photophobie à un très-haut degré, de vision flamboyante et de fièvre. Le plus léger rayon de lumière lui cause une douleur intolérable. Ce symptôme existe surtout dans le commencement, mais ensuite il décline petit à petit et finit par disparaître complétement, par suite de l'insensibilité que le travail phlegmasique produit dans la substance de la rétine, ou par la compression que produisent les fluides extravasés des tissus environnants. Il y a alors gonflement phlegmoneux de l'œil, des tissus introrbitaires et des paupières. Le globe oculaire est dur, incompressible au toucher et poché, comme s'il était complétement en dehors de l'orbite. La coque oculaire, étant fibreuse, n'est pas susceptible d'extension, ou du moins ne l'est que fort peu; de là l'intensité extrême de la douleur qui accompagne la maladie. Néanmoins la coque finit par se ramollir et se laisser distendre par l'accroissement des matières qu'elle contient; mais la résistance des paupières s'oppose un peu à cet effet, et si l'œil paraît très-gros, cela tient principalement à son exorbitisme.

Dans le commencement, la conjonctive est plutôt œdémateuse que fort rouge, l'humeur aqueuse sanguinolente, l'iris décoloré, la pupille contractée, le fond de l'œil rougeâtre ou verdâtre. Le globe est fixe, le malade ne peut le mouvoir. Les symptômes constitutionnels sont variables en intensité; frissons, fièvre, insomnie, anxiété, délire, quelquefois des convulsions, tels sont les phénomènes qui l'accompagnent.

Les terminaisons du phlegmon oculaire sont variables : 1° *par l'amaurose;* ainsi que nous venons de le voir chez l'un des malades ci-dessus; le phlegmon, dans ce cas, avait été la conséquence d'un érysipèle du membre thoracique. Le globe oculaire peut d'ailleurs conserver son volume naturel ou bien s'atrophier. La capsule cristalline reste souvent opaque, la pupille petite et adhérente. 2° *Par la suppuration et la rupture de l'œil.* La cornée dans ces cas s'infiltre de pus et s'ulcère. Je ne l'ai vu qu'une seule fois se gangrener d'une manière très-manifeste, c'était chez un jeune homme que je venais d'opérer d'une cataracte congénitale à l'aide de l'aiguille et du bistouri, c'est-à-dire qu'après avoir poussé les fragments du cristallin et de la capsule dans la chambre antérieure, j'ai fait une petite incision à la cornée pour les extraire. Il est survenu un phlegmon épouvantable, la cornée a été frappée de gangrène et est tombée en entier comme un morceau d'empeigne excisée par un emporte-pièce. Les auteurs cependant parlent de la gangrène de la cornée dans ces cas comme d'une chose assez fréquente. Le docteur Rognetta l'a rencontrée assez souvent (ouvr. cité). Je dois dire cependant que plusieurs médecins confondent l'onyx ou l'abcès de la cornée et l'ulcération de cette membrane avec la gangrène proprement dite. 3° *Par la mort.* Ce mode de terminaison du phlegmon oculaire serait plus fréquent si le globe de l'œil ne crevait pas spontanément, ainsi que cela a lieu le plus souvent. L'espèce d'affaissement qui suit l'évacuation des humeurs de l'organe fait diminuer la violence de l'inflammation et la maladie décline, comme le panaris qu'on traite par des incisions profondes. Si cependant le travail inflammatoire n'est pas jugulé de bonne heure, il se propage aisément au cerveau où à ses membranes, produit le coma et la mort.

Le danger de la perte de la vue, qui accompagne toujours le phlegmon en question, et la possibilité de la propagation de l'inflammation au cerveau, rendent le diagnostic extrêmement douteux.

Si les symptômes de la maladie ont de la tendance à décliner, comme chez Fletcher, dont je viens de parler, il n'est pas nécessaire d'adopter un traitement très-sévère; dans le cas contraire, il faut des mesures énergiques et promptes. En général, c'est sur la saignée du bras, répétée aussi souvent que les circonstances le réclament, qu'il faut baser le traitement. L'état du pouls doit servir de guide dans la répétition de la saignée. Le docteur Rognetta a une grande confiance dans le tartre stibié à haute dose, après la saignée : il en dissout six grains dans six onces d'eau, et en donne une cuillerée à soupe chaque demi-heure. A ces moyens, on joint la diète absolue, les boissons délayantes, des sangsues au cou et aux tempes, des ventouses scarifiées, des applications incessantes d'eau froide sur les paupières, des bains de pied avec de la moutarde et des vésicatoires à la nuque : tel est le traitement de la première période.

Dans la seconde période, il y a collection de matière accidentelle dans l'intérieur de l'œil qu'il faut évacuer. La paracentèse de l'œil est alors indispensable. On ouvre la cornée si la vision n'est pas encore éteinte, ou bien la sclérotique dans le cas contraire. En ponctionnant la sclérotique, on ne donne peut-être issue qu'à peu de matière, mais la détente qui en résulte est très-propre à prévenir la propagation de la maladie au cerveau. Ce dernier moyen m'a souvent réussi à sauver la vie et même à prévenir la suppuration de l'œil.

Lorsque la maladie passe à la suppuration, la matière s'échappe par l'ouverture déjà pratiquée sur la cornée, et l'œil s'affaisse : si l'ouverture est bouchée, il faut la refaire. On applique ensuite un cataplasme tiède sur les paupières. Durant la seconde période, le traitement antiphlogistique doit être continué.

Dans la troisième période, l'œil est déjà vidé, soit spontanément, soit par l'intervention du bistouri, les parties restent encore pendant quelque temps gonflées et douloureuses ; mais à mesure que la suppuration diminue, les membranes reviennent petit à petit sur elles-mêmes, et la douleur s'apaise. C'est alors que les lotions astringentes sont utiles. Il importe à cette époque d'examiner souvent l'intérieur des paupières, afin de prévenir la formation d'un symblepharon et ménager la ressource d'un œil artificiel.

Je termine ces réflexions par la relation d'un cas de phlegmon oculaire double qui s'est terminé par la mort.

Obs. II. — Daniel Maclellan, âgé de 25 ans, a été reçu à l'infirmerie de Glascow dans le service de M. Rainy, le 7 juin 1836. Les globes oculaires sont d'un rouge intense, très-gonflés et exorbitants, mais encore couverts par la paupière supérieure. Tout le tissu environnant est œdémateux ; la paupière inférieure gonflée est extroversée ; les iris ont une teinte verdâtre ; les pupilles sont irrégulières et insensibles à la lumière. La pupille droite laisse voir une lentille opaque, la gauche une blancheur terne. Le malade ne perçoit la lumière avec aucun des deux yeux, il présume cependant en éprouver une légère perception à gauche. Sa maladie s'est déclarée depuis quinze jours, à la suite d'une violente douleur au côté du thorax, pour laquelle il fut saigné abondamment. La douleur dans les yeux avait été intense et elle se fait encore sentir dans les orbites. Pouls, 116, mou ; ventre plutôt constipé. On l'avait traité à l'aide de sangsues, de vésicatoires, de scarifications, de purgatifs et du calomel combiné à l'opium.

On prescrit huit sangsues à chaque orbite, huit grains de calomel et autant d'aloès.

Le 10, le gonflement de l'œil gauche a considérablement diminué, et le malade commence à voir de ce côté. Le gonflement à droite continue. (Dix sangsues à droite.)

Le 12, l'œil droit continue à être beaucoup enflammé. On répète les sangsues à droite. Une pilule de calomel et opium matin et soir.

Le 13, on rapproche exactement les paupières à l'aide d'emplâtres agglutinatifs; on applique une compresse et une bande par-dessus. Le gonflement diminue à chaque côté. Collyre de nitrate d'argent (4 grains par once). Pilule de calomel et opium trois fois par jour.

Le 15, signes de salivation. Deux pilules.

Le 16, on rase la tête, vésicatoires derrière les oreilles. Douze gouttes de vin de colchique le soir.

Le 18, le malade se plaint de douleur à l'œil gauche. Deux sangsues à la paupière supérieure gauche.

Le 21, diminution de la douleur à gauche; le malade tombe subitement dans l'insensibilité et meurt.

Nécropsie. Crâne. La pie-mère est plus vascularisée qu'à l'état normal. Existence d'une quantité considérable de sérum sous l'arachnoïde et à la base du crâne.

Œil droit. Le tissu cellulaire de l'orbite est infiltré de sérum, induré, et contient une collection de matière purulente qui fait saillie sous la conjonctive et communique moyennant une ouverture à la sclérotique avec l'intérieur. La sclérotique est fort épaissie et adhère fortement autour de l'entrée du nerf optique, moyennant du tissu cellulaire induré. La choroïde adhère fortement à sa face externe. La face interne de cette membrane présente des traces d'épanchement, de matière plastique, et est complétement séparée de la rétine, moyennant une collection de matière purulente, laquelle s'étend jusque dans les cellules du corps vitré, et communique avec l'abcès externe par la petite ouverture scléroticale ci-devant indiquée. La rétine et la hyaloïde adhèrent fortement ensemble et forment une masse blanchâtre et épaisse, dans laquelle est renfermé le corps vitré, mais offrant des ouvertures sur plusieurs points. La lentille est transparente : l'iris adhère à la cristalloïde; du sang est épanché dans la chambre antérieure avec quelques traces de lymphe plastique.

Œil gauche. Le tissu cellulaire périoculaire est aussi induré, infiltré de sérum et fortement adhérant à la sclérotique. Cette membrane et très-épaissie, surtout à l'entrée du nerf optique. La choroïde adhère fortement à la face interne de la sclérotique. Il n'existe que très-peu de fluide entre la choroïde et la rétine. En ôtant la choroïde, on trouve la rétine, la hyaloïde et le corps vitré fortement unis ensemble, et formant une masse dure et jaunâtre, ayant les apparences de la lymphe coagulable, et sans aucune trace de matière purulente. Le corps ciliaire est d'un rouge noirâtre; le cristallin et sa capsule sont transparents; une légère effusion sanguine existe dans la chambre antérieure.

Poitrine. Les deux poumons adhèrent sur plusieurs points à la plèvre costale par du tissu cellulaire. Le poumon gauche est affaissé et réduit à un tiers de son volume naturel. Une concrétion fibrineuse existe dans le ventricule gauche du cœur; mais n'adhère pas intimement à la face interne de cet organe.

Interprétons cette observation.

Maclellan était un homme robuste : il a eu une pleurésie quelques semaines avant d'être affecté du mal d'yeux, il avait été saigné. J'ignore si la veine du bras s'était enflammée à la suite; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'il a présenté des symptômes d'encéphalite, en même temps que le mal d'yeux, et que son médecin l'a traité en conséquence : le malade se plaignait d'un grand mal à la tête; on lui a administré du calomel et de l'opium. Beer fait observer que souvent le phlegmon oculaire est pris pour une fièvre cérébrale et confondu avec elle. Le docteur Brown a vu Maclellan vers le dixième jour de l'affection oculaire, et il a observé que les pupilles étaient largement dilatées, l'une plus que l'autre, et immobiles; les rétines étaient déjà insensibles à l'action de la lumière, la douleur s'était apaisée; les paupières inférieures étaient fortement renversées. Le docteur Brown proposa de ponctionner les yeux à travers la paupière inférieure; car il était convaincu qu'il y avait déjà du pus dans les coques oculaires. Cet état de choses prouve pour moi que le pus s'est collectionné dans les yeux, par suite d'une phlébite, tout comme nous le voyons dans d'autres organes de l'économie. Je ne dis pas pour cela que le pus y soit déposé métastatiquement; mais la matière sécrétée par les veines éloignées atteintes de phlogose passe dans le sang, irrite les organes, et donne lieu à des foyers purulents secondaires, mais idiopathiques. La choroïde est souvent le siége de ces transports irritatifs; de là une réaction phlegmoneuse dans tout l'organe, etc.

Glascow, septembre 1838.

George-Squarc.

Gazette médicale. — Janvier 1839.

—

SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

D'une plaie grave de l'orbite par un corps étranger, et sur l'amputation de la mâchoire inférieure avec réparation de la face.

Le pronostic des plaies de l'orbite est grave en général. La paralysie des muscles de l'œil, la perte de la vue, l'inflammation traumatique, transmissible aux enveloppes du cerveau et suivie de mort, comme Beer et Weller en rapportent des exemples, tels sont les accidents funestes occasionnés par une semblable lésion. On sentira dès lors l'importance du fait que nous soumettons à nos lecteurs. Il renferme un enseignement utile et très-propre à éclairer la conduite du praticien dans les cas analogues.

Nous voyons à l'hôpital de la Pitié, dans les salles de M. Lisfranc, un enfant de douze ans d'une assez faible constitution.

Il est tombé en courant; deux heures après il arrive avec le visage pâle, la peau froide, le pouls lent et déprimé; ses traits respirent la frayeur de l'étonnement.

Au moment de sa chute il portait à la main une broche en bois longue d'un pied. L'instrument, terminé par une pointe mousse, fut retrouvé sur le lieu de l'événement; il est brisé à une certaine distance de son extrémité.

A l'examen du petit blessé, on est frappé par la saillie et le volume de l'œil gauche, qu'on dirait sous le coup d'une exophthalmie. Cet œil est larmoyant, légèrement injecté; il existe une érosion superficielle au centre de la cornée; la pupille et très-dilatée, immobile, le cercle iridien est presque entièrement effacé; la vision est abolie de ce côté; la diaphanéité des milieux oculaires est conservée. A quelques lignes du grand angle de l'œil, la paupière supérieure, refoulée sous le bord orbitaire, présente une dépression avec froncement circulaire de la peau; on aperçoit au fond de cette dépression l'extrémité d'un fragment de bois qui déborde à peine d'une demi-ligne.

Saisi avec des pinces à pansement, ce corps étranger, qui résiste à une traction forte mais directe, cède sans peine à un mouvement de rotation, et bientôt une tige cylindroïde, de deux pouces trois lignes, est amenée à l'extérieur.

Il s'écoule aussitôt une cuillerée de sang.

La pupille se resserre vivement; la vision se rétablit. La paupière supérieure recouvre la liberté de ses mouvements; le volume de l'œil diminue.

Le blessé, qui jusqu'au moment de l'extraction du corps étranger n'a éprouvé aucune douleur, en ressent, quelques instants après, de très-vives dans la région sus-orbitaire ainsi que dans l'œil. La prostration est remplacée par un état réactionnaire très-marqué.

Le pouls s'étant fébrilement développé, une saignée de trois palettes fut pratiquée au bras. De plus, pédiluves sinapisés, lavements purgatifs, compresses d'eau froide sur l'œil et l'orbite.

Pas de sommeil la nuit; le lendemain, douleurs oculaires très-vives; sensibilité exquise sous la flamme d'une bougie; gonflement, chaleur et ecchymose considérable de la paupière supérieure; fièvre, agitation.

Nouvelle saignée de deux palettes; sinapismes aux pieds; purgatif; fomentations émollientes sur l'œil.

L'usage des purgatifs fut encore renouvelé pendant trois jours; la diète et les révulsifs aux extrémités furent très-sévèrement maintenus.

Au dixième jour la guérison est parfaite : l'œil a conservé l'intégrité de ses fonctions.

Dans les plaies de l'orbite, le chirurgien doit, sans perdre de temps, extraire l'instrument vulnérant : plus son séjour se prolonge, plus les difficultés se multiplient. Il peut même arriver que le développement des parties molles par l'inflammation, et l'augmentation de volume du corps étranger longtemps en contact avec une surface humide, produisent une sorte d'enclavement, et que l'extraction exige alors un débridement préalable. Faut-il, dans ce cas, imiter Fabrice de Hilden, qui conseille de combattre l'inflammation par des moyens appropriés, et de différer l'extraction? Les autorités chirurgicales ne sont pas de cet avis : il nous semble, en effet, que le moyen le plus sûr et le plus logique de lever les accidents phlegmasiques est de remonter à la cause, surtout quand elle est aussi saisissable. Ne sait-on pas d'ailleurs le vieil adage : *Sublatâ causa, tollitur effectus?*

On remarquera, sans toutefois s'en étonner, la gravité des symptômes généraux que le sujet de notre observation a offerts à son entrée à l'hôpital. Il ne faut pas se presser d'en déduire un pronostic que la suite pourrait infirmer. Les sympathies qui placent l'œil en relation avec la plupart des principaux viscères de l'économie, reposent sur un fait anatomique trop connu pour qu'il faille y insister; quel est le praticien qui n'a pas vu le vomissement, par exemple, suivre l'opération de la cataracte?

Nous nous arrêterons sur l'énergie avec laquelle M. Lisfranc a traité son malade, nonobstant son âge et sa faiblesse : cinq palettes de sang sont extraites en vingt-quatre heures. Sans doute, dans les cas ordinaires, il faut proportionner les évacuations sanguines à la force de la constitution; mais s'ensuit-il que, devant certaines nécessités pathologiques, cet esprit de pondération et de mesure ne doive s'effacer et faire place à une volonté plus ferme, plus hardie, soutenue d'ailleurs et éclairée par l'observation, qui

apprend chaque jour que le stimulus inflammatoire développe une puissance réactionnaire très-considérable dans les constitutions les plus débiles en apparence?

On a sans doute observé que, le lendemain de l'accident, les compresses d'eau froide furent remplacées par des fomentations émollientes tièdes. L'expérience a appris au chirurgien de la Pitié qu'il y a de l'avantage à cesser l'emploi de l'eau froide, dès que son impuissance à empêcher l'invasion de la phlegmasie est constatée, et que son développement a eu lieu.

— Il semble que les malades affectés de cancer de la mâchoire inférieure se donnent rendez-vous dans les salles de M. Lisfranc; et bien ils s'en trouvent, comme on peut s'en convaincre par les faits suivants :

Cancer des parties molles et des deux tiers du corps de l'os maxillaire inférieur.— Opération. — Guérison.— Accident consécutif très-remarquable.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans environ et d'un tempérament lymphatique.

Après avoir subi cinq opérations pour des récidives d'un cancer de la lèvre inférieure des plus vivaces; il se présente à nous dans l'état suivant :

Un vaste ulcère s'étend du bord libre de la lèvre inférieure jusqu'à deux lignes au-dessous de la base de la mâchoire; sur les côtés il se termine à un pouce et demi de la commissure gauche des lèvres, et à un pouce de la commissure droite.

L'exploration, à l'aide d'un stylet, constate le ramollissement du corps de l'os, les quatre dents incisives inférieures sont ébranlées dans leurs alvéoles, dont le tissu est d'une friabilité remarquable.

Opération. — A partir de chaque commissure, M. Lisfranc divisa horizontalement avec de forts ciseaux les parties molles jusqu'au-delà des limites de la maladie; puis, par une incision qui vint se rendre de l'extrémité externe de la section horizontale du côté gauche à l'extrémité externe de celle du côté droit; en passant sous le menton, il circonscrivit et enleva toutes les parties molles affectées de cancer.

Section de l'os. — On réséqua du corps de l'os toute la portion comprise entre la première petite molaire droite inclusivement et la seconde grosse molaire gauche.

La division des muscles de la région sus-hyoïdienne fut suivie d'une rétraction violente et brusque de la langue. Pour maintenir celle-ci en avant on se servit d'une érigne implantée à sa pointe, tandis qu'on acheva l'opération.

Réparation de la face.—Une fois l'hémorrhagie arrêtée, le chirurgien pratiqua l'incision de la peau du cou sur la ligne médiane, depuis le menton jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous. A droite et à gauche de cette incision, deux lambeaux furent disséqués; on les porta à la hauteur de la lèvre inférieure, et on fit descendre par la dissection les bords supérieurs de la solution de continuité. Cinq points de suture maintinrent les lambeaux réunis sur la ligne médiane. Trois points de suture à gauche et deux à droite simulèrent autant que possible les commissures labiales.

Après cette restauration de la lèvre, l'ouverture de la bouche a environ deux pouces de diamètre transversalement, un pouce et demi de haut en bas.

Au bout de six jours toutes les épingles ont été retirées. La réunion a lieu partout extérieurement. La face interne des lambeaux n'est pas encore réunie aux parties profondes.

Quelques jours plus tard, cette réunion s'est établie, comme le prouve la suppuration considérablement diminuée à l'intérieur de la bouche, et l'ouverture de cette dernière, qui s'arrondit en se rétrécissant. On observe en même temps le rapprochement des extrémités osseuses; un pouce au plus les sépare, quoique trois pouces du corps de la mâchoire aient été réséqués.

Au moment où le malade se disposait à quitter l'hôpital il se manifesta sur la partie antérieure et latérale du cou un gonflement dur, peu douloureux, sans chaleur notable, avec rougeur pâle des téguments. Cet état, stationnaire pendant plusieurs semaines, fit des progrès; l'empâtement des parties molles s'étendit, quelques élancements se manifestèrent; on eut des craintes sérieuses sur la durée de la guérison : quelques personnes prononçaient même le mot de récidive. Cet arrêt, que les antécédents de la maladie semblaient justifier, n'était pas, fort heureusement, sans appel; loin de là : cet engorgement, contre lequel l'application des émollients fut le seul moyen mis en usage, prit tout à coup une physionomie plus franchement inflammatoire, et la fluctuation se manifesta; deux abcès ganglionnaires furent ouverts à quelques jours l'un de l'autre. Aujourd'hui la guérison se soutient. La difformité n'est pas très-grande.

Chez un autre malade nous voyons encore la totalité de la lèvre inférieure détruite par un cancer largement ulcéré; le corps de l'os maxillaire est ramolli, carié dans son tiers antérieur.

Une opération à peu près semblable à celle que nous venons de décrire succinctement a été pratiquée avec succès par M. Lisfranc. Cette fois il forma les lambeaux de réparation avant de réséquer l'os. Nous en dirons plus bas la raison. Ces deux malades ont été présentés à l'Académie.

Nous ferons remarquer que, contrairement au procédé de Dupuytren, le chirurgien de la Pitié, quand il doit faire une grande réparation de la face dans un cas de résection de la mâchoire inférieure, enlève préalablement à cette résection les parties molles atteintes par la maladie; on a de cette manière l'avantage de pouvoir constater sûrement l'étendue de l'altération de l'os, et mesurer exactement les dimensions que doivent avoir les lambeaux de réparation qu'il est bon de former avant de sacrifier la portion d'os malade.

Pour avoir une grandeur convenable, ces lambeaux doivent être disséqués dans une étendue telle qu'ils puissent être sans tiraillement mis en contact avec la partie inférieure des joues, et ramenés à la hauteur des commissures labiales, en passant sur l'os maxillaire inférieur appliqué contre le supérieur.

Deux motifs portent à réséquer l'os à une certaine distance de la symphyse :

1° Quand, dans les cancers, on coupe trop près de la maladie, la récidive est plus facile;

2° Toutes les fois que l'on forme, avec des tissus aussi minces que l'est la peau du cou, des lambeaux destinés à s'appliquer sur les moignons résultant de l'amputation d'une partie du corps de la mâchoire, ces moignons, pour peu qu'ils soient trop saillants, s'arcboutent contre les parties molles peu épaisses, les enflamment, les gangrènent et les perforent. C'est depuis que M. Lisfranc a observé ce fait à l'hôpital de la Pitié, qu'il ne craint pas de sacrifier le corps de l'os dans une plus grande étendue.

Il est encore une pratique conseillée par quelques chirurgiens : elle consiste à percer préalablement, à la section de l'os, le plancher de la cavité buccale, à l'aide d'un bistouri porté de haut en bas derrière le corps de la mâchoire, de chaque côté et dans le point où la résection doit être faite. On introduit, dans la voie ouverte par l'instrument tranchant, une plaque en bois sur laquelle la scie vient porter à la fin de la section : on évite ainsi la lésion des parties molles.

D'abord, ce dernier inconvénient est nul, car les tissus que la scie peut entamer sont tellement rapprochés de l'os qu'on les enlève avec lui; tandis qu'il y a une raison bien autrement puissante pour rejeter, à l'exemple de M. Lisfranc, cette manœuvre qui prolonge sans avantage une opération déjà bien assez douloureuse. Cette raison, c'est la possibilité, comme cela est arrivé à Dupuytren dans un cas semblable, d'ouvrir une branche artérielle assez volumineuse pour donner lieu à une hémorrhagie inquiétante, le sang ne pouvant être arrêté qu'après que l'os a été scié des deux côtés, ce qui peut être long, surtout chez les vieillards, où l'os maxillaire inférieur, en quelque sorte éburné, présente une dureté remarquable.

Nous rappellerons que c'est surtout dans les cas de résection de la partie moyenne du corps de la mâchoire inférieure que le chirurgien doit se prémunir contre le retrait convulsif de la langue vers l'isthme du gosier, au moment où les muscles viennent d'être coupés à leur insertion aux apophyses génis. Pour qui n'a pas assisté à une semblable opération, il y a quelque chose d'effrayant dans ce mouvement brusque qui précipite ainsi vers le pharynx la langue convulsivement agitée.

Chez nos deux malades, il a suffi, pour faire cesser la suffocation produite par cette cause, de maintenir les doigts medius et index d'une main appliqués sur la base de la langue, et d'y exercer pendant quelques minutes une compression assez forte dirigée d'arrière en avant.

On est quelquefois obligé, quand cet état spasmodique ne cède pas, d'employer le moyen conseillé par Delpech : il consiste à porter un fil dans l'épaisseur de la langue, pour la fixer en avant.

Enfin, dans cette grande opération, il est un soin indispensable dont l'oubli peut devenir funeste; je veux parler de la position du malade. Pour éviter la suffocation que le sang et la salive déterminent en se portant vers le pharynx, la position la plus convenable sera celle qui se rapprochera le plus de la position assise. On ne saurait croire combien ce détail a d'importance : M. Lisfranc y insiste tout particulièrement; il pense avec raison que l'indocilité des malades dépend surtout de la gêne qu'éprouve la respiration, et qu'en y remédiant autant que possible, on abrége la durée de l'opération, ce qui n'est pas sans influence sur son résultat.

— Le troisième fait qui nous reste à signaler porte sur une femme qui a quitté dernièrement l'hospice de la Pitié, où elle a été soumise avec succès à la résection de la portion de l'os maxillaire inférieur comprise entre la troisième grosse molaire du côté gauche et la dent canine droite, pour un ostéôsarcôme déjà opéré une première fois par l'instrument tranchant et la cautérisation actuelle. L'intégrité des parties molles permit au chirurgien de former un lambeau avec une portion de la lèvre inférieure et de la joue gauche, qui furent détachés du corps de l'os à l'aide d'une première incision qui divisa la lèvre dans toute sa hauteur, jusqu'au-dessous du menton, puis d'une seconde qui, partant de la limite de la maladie en arrière, vint, en longeant la base de la mâchoire, se terminer dans la première; quatorze points de suture furent pratiqués.

Le cinquième jour après l'opération, toutes les épingles sont enlevées; la réunion est obtenue en grande partie.

Il reste à la partie la plus déclive une fistule qui se ferme au dixième jour.

Le quinzième jour, la malade, qui a traversé sans accident les premiers jours de l'opération, est prise tout à coup d'une fluxion siégeant sur la joue gauche et la partie voisine du cou, avec chaleur et tuméfaction considérable des gencives.

Les sangsues, appliquées aux apophyses mastoïdes, firent justice de ce mouvement inflammatoire; insensiblement la détuméfaction s'opéra; chaque jour l'amélioration devint sensible : la malade était bien guérie un mois environ après l'opération.

A. F.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Janv. 1859.

De quelques affections scrofuleuses de l'œil;

Par M. le docteur S. FURNARI.

La doctrine de la spécificité des ophthalmies est plus ancienne qu'on ne le croit : en lisant l'ouvrage de Trnka de Kzowitz, intitulé : *Historia ophthalmiæ omni ævo observatâ*, on voit que bien longtemps avant Beer l'on avait admis des *ophthalmies catarrhales, arthritiques, rhumatismales, scrofuleuses, etc.* Le professeur de Vienne n'a donc fait que les poser dans un cadre nosologique plus régulier en les entourant de symptômes au moyen desquels il prétend que l'on peut reconnaître la nature de la spécificité qui a modifié l'inflammation ordinaire. Les idées de Beer ont été propagées en Angleterre par Mackenzie et par Samuel Cooper, auquel nous devons leur première introduction en France par la traduction de son *Dictionnaire de Chirurgie*, qui eut lieu en 1826.

Cet exposé historique nous conduit nécessairement à la manifestation de notre opinion sur les *ophthalmies spéciales*. Entre les hommes qui les admettent sans restrictions de nombre et de forme, et ceux qui les rejettent complétement, il existe une voie intermédiaire qui se rapproche bien plus de la vérité, c'est de n'admettre comme spécifiques que les ophthalmies dont les caractères sont non-seulement bien tranchés, mais encore toujours identiques. Ces caractères, nous les trouvons dans les affections catarrhales, syphilitiques et scrofuleuses de l'œil. En effet, si la syphilis imprime aux maladies du système dermoïde des formes particulières tellement précises qu'elles sont reconnues à première vue, comment refuser de croire que le même virus n'imprimera pas à certains tissus de l'œil, sur lesquels il a une certaine tendance à se fixer, des formes particulières qui indiquent sa présence?

Il en sera de même pour les scrofules. La plupart des pathologistes modernes n'hésitent pas à reconnaître que la maladie scrofuleuse, soit qu'on la considère comme exubérance du système lymphatique, soit qu'on la regarde comme résultat de l'altération de la lymphe elle-même, porte avec elle des caractères qui se manifestent sur la peau, les os, le système glandulaire et les membranes muqueuses.

Quant à l'état catarrhal, étant propre à toutes les muqueuses, il se présente dans l'œil avec les mêmes caractères que dans les autres tissus qui contiennent des follicules mucipares.

Pour l'affection goutteuse et rhumatismale et les différentes divisions et subdivisions que l'on a voulu y admettre, en les combinant avec les autres ophthalmies, nous ne voyons là que du *spiritualisme allemand* et des hypothèses que rien ne légitime. Les phénomènes qui accompagnent les ophthalmies dites rhumatismales, se rattachent à l'inflammation du tissu fibreux, et se comportent dans l'œil comme lorsque l'inflammation fibreuse a lieu partout ailleurs que dans cet organe.

Quant aux ophthalmies morbilleuses, impetigineuses, varioleuses, scarlatineuses, etc., nous ne voyons là que des formes plus ou moins développées d'une conjonctivite simple.

BLÉPHARODÉNITE SCROFULEUSE.

Ophthalmie scrofuleuse; ophthalmie lymphatique; blépharite scrofuleuse.

A. *Siége et symptômes.* — C'est surtout sur la conjonctive oculo-palpébrale, sur les glandes de Meïbomius et sur la cornée que l'on observe les effets de l'affection scrofuleuse. Cette ophthalmie a beaucoup de symptômes qui lui sont communs avec la blépharite catarrhale, tels que le prurit, la tuméfaction et la rougeur de la marge des paupières. Mais dans l'affection scrofuleuse, ces symptômes sont immédiatement suivis de douleurs assez vives, de gonflement des glandes de Meïbomius, d'épiphora abondants, d'un blépharospasme très-prononcé et surtout d'une photophobie très-intense et qui n'est expliquée par aucune lésion apparente.

Dans les premiers jours de la maladie il y a une sécrétion muqueuse plus épaisse et plus grasse que dans l'affection catarrhale simple. Il arrive souvent que le bord des paupières est recouvert de petites tumeurs dures, bosselées, qui s'abcèdent souvent et viennent s'ouvrir le long des cils; la matière est jaune gluante, elle s'attache sur les cils et y forme des plaques résistantes jaunes que l'on a mal à propos confondues avec des *sycoses*. Lorsqu'on enlève ces petites plaques de matière agglomérée, on trouve le long des cils des petites ulcérations fistuleuses qui se rendent aux glandes de Meïbomius.

Pendant longtemps l'affection scrofuleuse des pau-

pières peut exister sans se transmettre à la conjonctive oculaire; dans d'autres cas, au contraire, l'inflammation se transmet de suite à la conjonctive du bulbe; l'injection est peu considérable, elle se compose de gros vaisseaux superficiels et isolés qui partent de la commissure, qui se terminent par une pustule qui s'affaisse, s'ulcère, et laisse une petite cavité comme la pustule varioleuse, c'est la forme qui donne le plus tôt lieu à l'épiphora et à la photophobie. Travers pense que ce dernier symptôme n'est que sympathique.

B. *Durée et terminaison.* — L'inflammation de la conjonctive oculo-palpébrale a en général une durée très-longue, elle est sujette à de fréquentes récidives et surtout à des recrudescences. Les pustules déterminent souvent des ulcères perforants, des ramollissements de la cornée et son obscurcissement. Les ulcérations du bord des paupières sont très-rebelles et constituent une maladie très-désagréable, chez les jeunes personnes surtout, et que l'on appelle vulgairement *sycosis des paupières*, à la suite duquel les bulbes des cils s'ébranlent, tombent ou se couvrent d'aspérités jaunâtres d'autant plus difficiles à faire tomber qu'elles sont presque insolubles dans l'eau et que ce n'est que par l'application de substances grasses que l'on peut les détacher.

C. *Pronostic.* — Le pronostic de l'ophthalmie scrofuleuse dépend du degré de la maladie générale, et des moyens thérapeutiques employés pour la combattre; elle n'a de fâcheuse terminaison que lorsqu'on la néglige et qu'on la traite peu convenablement.

D. *Causes.*—Les causes qui produisent l'ophthalmie scrofuleuse sont : la mauvaise nourriture, les habitations insalubres; le travail forcé et anticipé ainsi que l'a bien observé M. Villermé dans ses importantes recherches sur la santé des ouvriers. La nature du climat joue aussi un grand rôle dans la production de cette maladie; les fièvres exanthématiques qui se terminent brusquement occasionnent très-souvent l'ophthalmie scrofuleuse.

E. *Traitement.*— Il y a deux indications principales à remplir dans le traitement de l'ophthalmie scrofuleuse; la première consiste dans le traitement des symptômes locaux existant au moment où l'on est appelé auprès du malade, et l'autre, dans le traitement des symptômes généraux ou constitutionnels; car il serait irrationnel de vouloir guérir une maladie attribuée à des causes générales en ne traitant que les symptômes locaux.

On remplira la première indication en arrêtant les phénomènes inflammatoires par les antiphlogistiques locaux et généraux. Les enfants scrofuleux supportent beaucoup mieux qu'on ne le croyait généralement les évacuations sanguines; ce serait cependant une erreur grave de les pousser trop loin. Chez les enfants, il faut placer les sangsues derrière les oreilles, à la nuque et le long de la veine jugulaire. Placées dans le pourtour des paupières et aux tempes, ces annélides provoquent presque toujours les phénomènes de gonflement et d'érysipèle pour la plupart des cas nuisibles.

Ware et Scarpa comptaient beaucoup plus sur les purgatifs doux et répétés que sur les évacuations sanguines; l'un employait la rhubarbe en poudre, l'autre le sulfate de potasse. On combat le blépharospasme et la photophobie par des frictions sur les tempes, d'onguent napolitain belladoné.

Quant au traitement topique, il est assez difficile à employer, les enfants éprouvant une grande répugnance pour l'application des collyres et des pommades. Toutes les fois qu'on le peut, il faut faire avorter les pustules en les touchant avec un pinceau chargé d'azotate d'argent; non-seulement on arrête leur développement, mais encore l'ulcération qui est toujours la suite de la pustule. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la photophobie diminue en raison du nombre et de l'étendue des pustules que l'on a fait avorter.

Il faut presque toujours aussi recourir aux caustiques pour faire cicatriser les ulcérations du bord libre des paupières en faisant pénétrer le caustique dans les trajets fistuleux qui se rendent aux glandes de Meibomius. Il faut diminuer la lumière de la chambre, placer devant les yeux un garde-vue; mais c'est un tort que d'enfermer les enfants dans une grande obscurité qui augmente toujours leur horreur pour la lumière.

Si l'on arrive trop tard pour faire avorter la pustule, et que l'on trouve à sa place une ulcération qui revêt presque toujours des formes perforantes, il ne faut pas hésiter à la toucher avec un crayon d'azotate d'argent fondu; l'expérience de Scarpa, de MM. les professeurs Sanson et Velpeau, de MM. Carron du Villards et Caffe, et de tous les ophthalmologistes modernes, a prouvé que c'était le meilleur moyen d'arrêter l'ulcération et de la faire cicatriser.

Les collyres opiacés réussissent quelquefois, ainsi que ceux d'azotate d'argent; c'est leur continuation surtout qui produit des résultats avantageux.

Quant au traitement général, il consiste non-seulement dans l'administration de médicaments capables de modifier la prédominance du système lymphatique, mais encore dans la direction que l'on donne à l'hygiène du malade. Pour remplir l'indication curative, l'on a recours à l'administration de l'iode sous diverses formes, de l'éthiops minéral, du mercure doux, du chlorure de barium et surtout à des préparations d'or. Tous ces médicaments doivent être administrés avec de grandes précautions afin de ne pas fatiguer les organes digestifs.

M. le docteur Sichel préconise les pilules altérantes de Plummer (composées de parties égales de calomélas et de soufre doré d'antimoine), à la dose d'un demi-grain, trois à quatre fois par jour; d'après cet ophthalmologiste, les pilules de Plummer « sont un excellent remède dans le traitement des enfants atteints d'affections scrofuleuses; elles établissent une transition aux préparations plus énergiques d'iode qui ne trouvent principalement leur emploi que chez les constitutions phlegmatiques et torpides.»

Nous employons avec succès une solution iodurée, préparée d'après la formule suivante :

Pr. : Eau de fontaine,	dix onces.
Iodure de potassium,	un gros.
Iode,	trois grains.

Mêlez.

A prendre une cuillerée à bouche le matin à jeun et une le soir avant de se coucher. Si la maladie est opiniâtre, il faut répéter cette potion deux à trois fois. On donnera en même temps au malade des boissons amères et fortifiantes, telles que le vin de quinquina, l'infusion de brou de noix et la *petite-bière* pour les enfants. Il suffit quelquefois de faire changer le régime élémentaire des malades pour produire une amélioration dans l'état des yeux.

F. *Professions.* — Les affections scrofuleuses de l'œil attaquent de préférence les enfants dont les pères exercent des professions insalubres; nous les avons observées en outre chez les enfants des blanchisseuses, des repasseuses, des lessiveuses et les marchands de vieux habits. Cette maladie sévit fréquemment chez les enfants que l'on nomme *rattacheurs* et qui sont employés dans les grandes filatures de laine et de coton. Ces enfants passent une partie du jour dans les localités humides, mal éclairées et dont l'atmosphère est imprégnée de matières animales qui s'échappent de l'huile rance des *métiers*.

Les petits enfants employés à dévider les soies et connus à Lyon sous le nom de *canuts*, sont par les mêmes raisons très-sujets à cette maladie; quant au sycosis des paupières, nous l'avons observé fort souvent chez les cardeurs de laine et de coton, chez les batteurs de matelas et de tapis, et chez les plâtriers et les amidonniers.

G. *Moyens prophylactiques.*—Le changement de climat suffit quelquefois pour guérir les affections de l'œil de nature scrofuleuse et rebelle : c'est surtout sur les enfants anglais transplantés dans les Indes que l'on observe ces heureux résultats.

Les blanchisseuses, les repasseuses, etc., devraient s'abtenir de faire coucher leurs enfants dans les lieux où elles accomplissent leurs devoirs professionnels; car les évaporations chaudes et humides sont une cause occasionnelle de l'affection dont nous venons de parler.

Quant aux enfants dont les pères exercent une profession insalubre, il serait convenable de soumettre les habitations à des fumigations de chlore et autres moyens désinfectants, et il serait à désirer que dans les villes manufacturières, il y eût une espèce d'édilité qui s'occupât activement des intérêts sanitaires du peuple; son premier devoir serait de surveiller les habitations qui sont quelquefois à elles seules la cause productrice d'un grand nombre d'affections oculaires.

On doit recommander à ceux qui sont exposés à la poussière des substances végétales, animales et minérales, de se laver souvent les yeux avec une éponge imbibée d'eau acidulée.

Quant aux enfants qui travaillent dans les manufactures, il faut une voix plus puissante que celle d'un médecin, pour faire disparaître les causes qui détériorent leur constitution par des travaux exagérés et au-dessus de leur âge. Aussi longtemps qu'on ne s'occupera pas sérieusement de la condition morale et physique des classes ouvrières, le sort de ces malheureux enfants sera le même. Espérons que l'administration fera droit aux nombreuses réclamations qui lui ont été adressées, notamment par les industriels de l'Alsace, et que tout en conservant les sources de la richesse publique, elle s'occupera de faire cesser les abus auxquels donne lieu l'emploi des jeunes enfants dans les manufactures.

JOURN. DES CONN. MÉDICALES.—Janv. 1839.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. MALGAIGNE.

Du traitement des fractures par l'appareil inamovible; déplacement spécial dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius, et de l'appareil à y opposer.

Au lit n° 6 de la salle Saint-Jean, est couché un homme d'une bonne constitution, ancien militaire, n'ayant jamais eu la vérole. Il y a six mois qu'il eut le tibia fracturé à la suite d'une chute occasionnée par une voiture qui lui passa sur le corps. La fracture était simple. Le lendemain de l'accident, un appareil inamovible fut appliquée et laissé en place pendant sept semaines. Durant tout ce temps le malade alla assez bien; mais quand on leva l'appareil, des douleurs vives se firent sentir vers le siége de la fracture, et l'on constata qu'elle n'était pas entièrement consolidée. La jambe était amaigrie; la marche

ne pouvait s'exécuter qu'avec l'aide de béquilles, et encore, après deux tentatives, il survint un déplacement suivant la direction du membre. On procéda à une nouvelle application de l'appareil; mais il fallut bientôt lever celui-ci, parce que de violentes douleurs s'étaient manifestées. A l'entrée du malade à l'hôpital de la Charité, qui eut lieu le 26 octobre, un bandage dextriné fut appliqué; ce nouvel appareil fut laissé à demeure pendant près de deux mois. Lors de sa levée, la jambe parut fort amaigrie : on reconnaît parfaitement au toucher les deux fragments; il existe même un déplacement assez notable du fragment inférieur en avant; nulle trace de la virole du cal, et cependant, malgré les tentatives, on ne peut déterminer aucun mouvement dans le fragment.

Voilà donc, chez un homme de bonne constitution, une fracture, soumise pendant quatre mois à un traitement assez régulier et dont aucun accident n'a paru devoir entraver la marche vers la guérison, et qui cependant n'est pas consolidée.

A quelle circonstance doit-on rapporter cet insuccès? Il est évident qu'on ne peut invoquer ici aucun des virus auxquels les auteurs font jouer un rôle dans cet accident. Le malade n'a jamais eu la vérole, et l'eût-il eue, que, suivant M. Malgaigne, elle n'aurait qu'une influence fort douteuse; de plus, maintenus par un appareil inamovible, les fragments n'ont pu être soumis trop tôt à des mouvements qui eussent empêché la formation du cal, et cependant la consolidation ne s'est pas faite entièrement. Pour en trouver l'explication, il nous faut rappeler quelques-uns des phénomènes qui favorisent la formation du cal. Après une fracture quelconque le sang fourni par les vaisseaux rompus s'infiltre autour des fragments et dans le canal médullaire. Ce sang se coagule; une inflammation légère se produit, et bientôt, en même temps que le caillot est absorbé, il se fait autour des fragments et dans l'intervalle de ceux-ci un épanchement de lymphe coagulable. Celle-ci, organisée peu à peu, se concentre, se circonscrit autour de la fracture, de sorte qu'elle constitue à une certaine époque une tumeur distincte des organes environnants, enveloppant les fragments comme une virole : c'est la tumeur du cal provisoire. L'épanchement de lymphe ne commence guère à remplacer l'épanchement du sang que du huitième au douzième jour; cette lymphe elle-même ne prend un peu de consistance que du vingtième au vingt-cinquième jour; c'est alors qu'y survient la cartilaginisation, rapidement suivie par l'ossification. Plus tard, jusque vers le sixième ou huitième mois, se forme le cal définitif. Pour que ces périodes, à travers lesquelles doit passer la fracture s'établissent régulièrement, il faut que rien ne vienne s'y opposer; que, libres et non comprimés par les parties environnantes, les fragments permettent au sang et à la lymphe coagulable de s'épancher largement; et Troja, expérimentant sur des chiens, a pu constater qu'en abandonnant une fracture à elle-même, sans appareil, il se forme une virole osseuse provisoire énorme, tandis que si on la maintient fortement comprimée par un bandage, cette tumeur du cal ne se reproduit pas, et la consolidation définitive est bien plus lente et moins parfaite. Il résulte de là que lorsqu'un bandage est appliqué primitivement, il comprime la fracture, empêche l'épanchement de cette lymphe coagulable si nécessaire, et le cal provisoire, ne se faisant pas, la consolidation ne s'opérant que par le travail du cal définitif est bien plus lente à se faire; et il n'est pas étonnant qu'après trois et quatre mois les os ne soient pas encore solidement réunis, ainsi que cela a eu lieu dans le cas cité.

C'est, suivant M. Malgaigne, une objection capitale à faire à l'appareil inamovible que l'obstacle qu'il apporte à la formation de la virole osseuse provisoire, et c'est cet obstacle qui explique les insuccès obtenus assez fréquemment par cette méthode de traitement. Nous avons dit, en effet, que la tumeur du cal ne commençait à se faire que du huitième au douzième jour, et à se solidifier que du vingt au vingt-cinquième. Donc, jusque vers le huitième jour rien ne doit entraver l'épanchement des sucs destinés à former cette tumeur, et l'appareil inamovible, appliqué immédiatement après la fracture, a ce fâcheux effet d'empêcher cet épanchement par suite de la compression qu'il établit sur les parties qui sont le siége de la lésion; et c'est ce qui arriva dans le cas dont nous avons parlé, et c'est ce qui arriva encore à M. Breschet les deux premières fois qu'il appliqua l'appareil inamovible. C'est pour cela que M. Malgaigne croit qu'il ne faut appliquer cet appareil avec presque certitude de succès que lorsqu'il s'est déjà formé un engorgement autour des fragments, que lorsque l'inflammation adhésive se sera manifestée. C'est ainsi qu'il a été procédé chez un malade couché au n° 20 de la salle St-Jean.

Ce malade portait une fracture simple du péroné. Elle a été laissée à découvert sans appareil, jusqu'à ce que l'on eût perçu les traces de l'engorgement des fragments, c'est-à-dire jusqu'au dixième jour; alors fut seulement appliqué un bandage inamovible, et le chirurgien n'a pas hésité à pronostiquer une consolidation rapide et sûre.

En effet, depuis lors le temps s'est écoulé; au vingt-sixième jour on a enlevé l'appareil; le malade a pu essayer de marcher, et il a quitté l'hôpital le trentième jour.

Ce n'est pas seulement les graves inconvénients que nous venons de signaler, que M. Malgaigne reproche à l'appareil inamovible trop tôt appliqué, il est plus dangereux encore quand l'engorgement du

membre est considérable, et dans ce dernier cas il expose manifestement à la gangrène.

Mais c'est spécialement dans les cas de fractures obliques avec tendance au déplacement par l'action musculaire, que cet appareil doit exciter la méfiance; il a l'inconvénient de recouvrir les fragments d'une manière inamovible, de façon qu'il est impossible de surveiller le retour du déplacement et les progrès de la consolidation. M. Malgaigne croit que cette surveillance est rarement inutile, et que le succès y est intéressé beaucoup plus souvent que ne pensent les auteurs qui négligent cette précaution.

En vain dira-t-on que l'appareil amidonné ou dextriné, par sa solidité, prévient tout déplacement? Le déplacement peut fort bien se reproduire dans l'espace de temps nécessaire pour la dessiccation de l'appareil; et si on ne lève celui-ci qu'après la consolidation complète, on n'est plus à temps de réparer le mal produit, et de rendre aux os leur forme régulière. Dans ces cas, donc, M. Malgaigne veut que l'appareil soit levé une seule fois du vingtième au vingt-cinquième jour, afin de constater l'état de la fracture, et de refaire la réduction si elle est compromise. C'est ainsi qu'il a agi dans un cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Il s'agit d'une femme couchée au lit n° 9 de la salle Sainte-Rose. Résultat d'une chute sur la paume de la main, cette fracture est accompagnée de déplacement. Le fragment inférieur est fortement porté en arrière, le supérieur est saillant en avant. Il n'existe pas de chevauchement. Un léger gonflement entoure les parties qui sont le siége de la fracture.

Les cinq à six premiers jours on n'applique aucun appareil, on se borne à recouvrir l'avant-bras de compresses mouillées.

Le sixième jour, l'inflammation extérieure étant dissipée, on procède à l'application de l'appareil. Celui-ci se compose de deux coussinets, de deux attelles, et de compresses. Un des coussinets est placé à la partie postérieure de l'avant-bras, sur le fragment inférieur afin de le porter en avant; l'autre coussinet est appliqué sur le fragment supérieur *qu'il ne dépasse pas*. Des compresses recouvrent ces coussins, des attelles sont appliquées à la partie antérieure et postérieure, et une bande fortement serrée maintient l'appareil; les attelles antérieure et postérieure n'avancent ni sur le dos ni dans la paume de la main. On donne à celle-ci une position demi-fléchie.

L'appareil appliqué par M. Malgaigne diffère de celui de M. Goyrand, en ce que le coussin et l'attelle antérieurs ne descendent pas, ainsi que le veut ce dernier chirurgien, jusque dans la paume de la main. Celui-ci pourrait avoir pour effet de repousser le fragment inférieur en arrière, et de donner lieu à une consolidation vicieuse. L'attelle postérieure ne doit pas avancer jusque sur le dos de la main, car dans ce cas, forçant la main à garder une position contre nature, elle détermine un allongement des extenseurs qui réagissent sur la fracture; et c'est l'action de ces muscles qui entretient toujours le déplacement en arrière. Il semble donc prudent et rationnel de terminer l'attelle assez haut pour que la flexion de la main en arrière soit conservée. C'est pour surveiller cette action musculaire, que l'appareil ne restera appliqué que jusqu'au vingt-deuxième jour, car alors il faudra s'assurer si la réduction s'est maintenue, et alors aussi ces investigations pourront se faire sans accident.

L'attelle cubitale de Dupuytren n'a pas été appliquée; celle-ci, en effet, proposée par son auteur contre le chevauchement du fragment inférieur en dehors, ne s'oppose nullement à son déplacement en arrière. Dupuytren, au reste, n'a pas fait assez attention à la saillie en arrière du fragment inférieur, et il la confondait avec le chevauchement en dehors; aussi quand celui-ci n'a pas lieu, l'attelle cubitale n'est pas nécessaire, elle est même nuisible, puisqu'elle n'empêche pas le déplacement de se reproduire.

M. Malgaigne a vu, à l'Hôtel-Dieu, un jeune homme, au vingtième jour d'une fracture du radius près du poignet, chez lequel le fragment inférieur était très-saillant en arrière; il fallait l'application de compresses épaisses pour replacer le fragment saillant en sa place naturelle.

Outre le tiraillement musculaire, l'extension forcée de la main, pendant un certain temps, peut avoir encore pour effet de déterminer la roideur des articulations, et c'est même ce que nous venons de voir à la consultation de la Charité, chez un homme parfaitement guéri, d'ailleurs, de cette sorte de fracture, par M. Lisfranc. Les mouvements de la main étaient presque impossibles. Cette roideur est la suite presque inévitable des fractures trop longtemps laissées dans l'appareil : nouvel inconvénient de l'appareil inamovible prématurément appliqué; et, par exemple, la roideur des articulations du pied est très-forte chez le sujet de la première observation; mais cette roideur n'est jamais si à craindre que quand on maintient les jointures dans une position forcée, telle que serait l'extension de la main. C'est pourquoi M. Malgaigne ne fait pas avancer ses attelles au delà des plis du poignet. Des attelles plus prolongées sont, d'ailleurs, tout à fait inutiles pour la contention de la fracture; et nous pouvons ajouter, en terminant cet article, que la malade dont nous venons d'esquisser l'histoire, arrivée au vingt-deuxième jour de la fracture, a eu son appareil renouvelé, et que la coaptation était parfaite, et la consolidation déjà fort avancée. N. O.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — Janv. 1839.

NOTE

Sur l'action dynamique ou constitutionnelle du seigle ergoté,

Lue à la Société médicale d'émulation ; par M. le professeur Mojon.

Malgré les immenses progrès qu'a faits la thérapeutique depuis le commencement de ce siècle, nous trouvons encore dans le plus grand nombre des ouvrages modernes qui traitent de cette partie de notre art une foule de remèdes, de formules et de pratiques erronées. Si nous lisons, par exemple, ce qu'on a écrit sur le *seigle ergoté* depuis les *Actes des curieux de la nature* pour l'année 1688, jusqu'aux plus récentes monographies, nous trouvons que cette substance est douée par les uns d'une vertu tonique, irritante, stimulante ; par les autres de qualités tout à fait négatives. D'autres la regardent comme un remède abortif dangereux ; quelques autres enfin comme un excellent auxiliaire de l'accouchement.

Tantôt nous voyons le seigle ergoté employé pour arrêter la ménorrhagie; tantôt pour provoquer ou faciliter la menstruation. Stearms, Dewees, Goupil, Hébert, conseillent de combiner cette substance à l'opium, à la cannelle, aux alcooliques, à l'ammoniac et à d'autres stimulants analogues ; tandis que Cabini, Schapman, Giacomini et Neumann l'emploient combinée à la digitale, à la belladone, à la jusquiame et à plusieurs autres remèdes reconnus contre-stimulants.

Ce fatras de prescriptions contradictoires, ces divergences d'opinion sur les qualités thérapeutiques du seigle, nous démontrent d'une manière incontestable que les idées des praticiens ne sont pas encore définitivement arrêtées sur l'action véritable de cette substance.

Le docteur Giacomini, professeur à l'université de Padoue, est, à mon avis, un des premiers qui ait entrepris avec le plus de succès à purger la matière médicale d'une multitude d'erreurs ; aussi n'est-ce pas sans une grande satisfaction qu'en rédigeant cette note j'ai lu l'article *Segale cornutum* de la *Pharmacologie* de ce professeur.

Je ne m'arrêterai pas à examiner si l'ergot est une espèce de champignon, ainsi que le veulent Leveillé et de Candolle, ou une altération dépendante de la présence d'un insecte microscopique, ainsi que d'autres le prétendent. Il me suffit de dire que l'ergot de seigle a une action puissante sur l'économie animale, action dont l'art tire journellement de très-grands avantages.

Nous possédons une grande masse de faits qui prouvent l'efficacité du seigle ergoté, soit comme remède propre à aider dans certaines circonstances l'expulsion du fœtus ou du placenta, soit à arrêter des hémorrhagies externes actives et souvent même à les provoquer. Nous savons d'autre part que cette substance peut agir d'une manière délétère et donner lieu à l'ergotisme, mais il nous reste encore à déterminer la place que le seigle affecté d'ergot doit occuper dans le cadre des agents thérapeutiques, soit comme remède stimulant ou tonique, soit comme antiphlogistique, affaiblissant ou contre-stimulant, soit enfin comme spécifique ; c'est là la question dont je vais m'occuper dans ce travail.

Les expériences qui ont été faites sur plusieurs animaux, par Tessier et Oslere, dans le but d'établir l'effet de l'ergot du seigle, autorisent à conclure qu'il agit en déterminant 1° de la lenteur dans le mouvement de la circulation du sang; 2° des convulsions cloniques dans tous les membres ; 3° une faiblesse ou atonie générale ; 4° enfin une mort partielle des parties les plus éloignées du cœur, laquelle se manifeste par des taches noirâtres à la peau et par le sphacèle des orteils.

Les animaux soumis à ces expériences commencent par ne plus pouvoir se soutenir sur les membres; ensuite ils éprouvent un écoulement de sang noir par les narines et le fondement; ils meurent enfin dans un état de torpeur, avec tous les caractères propres au plus haut degré d'hyposthénie.

La gangrène sèche qui est presque endémique dans l'Orléanais et la Sologne a été attribuée avec raison, par Réad, Schlege et Model, au seigle ergoté qui se trouve dans le pain dont font usage les habitants. Cette gangrène n'est jamais précédée de fièvre, ni de phlogose; mais bien d'évanouissements, de vertiges, de contractions spasmodiques, de ralentissement dans les pulsations du cœur, d'insensibilité périphérique et autres symptômes de faiblesse générale. Cette faiblesse on ne parvient à la dissiper ou à la diminuer qu'à l'aide du bon vin, ou de toute potion cordiale, et surtout d'une bonne alimentation. L'expérience a prouvé que la saignée était toujours fâcheuse dans cette maladie ; aussi le docteur Couhaut conseille-t-il très-judicieusement l'ammoniac comme un des meilleurs antidotes de l'ergot.

Cabini, Langon, Schaeffer et Spairani s'étant assurés par de nombreuses expériences que le seigle ergoté affaiblit et ralentit la circulation du sang, à l'instar de la belladone, de l'aconit, de la digitale, etc., l'ont employé avec grand succès dans toute espèce d'hémorrhagie active.

Depuis longtemps l'ergot de seigle a été préconisé pour hâter la parturition, et quoiqu'il ait trouvé de temps en temps quelques antagonistes son utilité dans certains accouchements n'en est pas moins incontestable. (Villeneuve.)

Que si MM. Capuron, Hall et Jackson pensent que l'emploi du seigle ergoté est inutile, dangereux

dans les accouchements, c'est qu'ils ne l'ont probablement employé que dans les cas où il était contre-indiqué, comme, par exemple, après les fortes hémorrhagies; ou lorsque le travail était languissant et que les douleurs avaient cessé par épuisement des forces, un véritable état de faiblesse générale. En pareilles occurrences, le seigle devait être assurément inutile et même nuisible.

Je ne saurais assez le répéter, la différence des résultats obtenus par l'ergot de seigle dans nombre de cas ne doit être attribuée qu'à l'état particulier où se trouvait la vitalité de l'organisme de la femme en travail. Il est néanmoins constant que le seigle a une action particulière, que je dirais presque *élective*, sur la matrice; que cette action est constamment hyposthénisante ou affaiblissante; si après l'administration d'une telle substance, les douleurs expulsives qui étaient suspendues reparaissent, et que l'accouchement s'opère, c'est que l'état d'érétisme ou d'engorgement phlogistique de la matrice a été appaisé par son action contre-stimulante ou atonique.

Combien de fois ne réveillons-nous pas par la saignée les douleurs excessives qui étaient auparavant trop légères ou nulles? Placera-t-on pour cela la saignée parmi les remèdes stimulants ou toniques?

Une fois démontré que l'action dynamique ou constitutionnelle du seigle ergoté est tout à fait antiphlogistique, ce serait un véritable contre-sens thérapeutique que de l'administrer dans une potion éthérée, dans du vin, ou combiné à toute autre substance stimulante, ainsi qu'on le fait communément.

D'après notre manière de voir, il est évident que pour obtenir un heureux résultat dans certains accouchements trop prolongés, on ne doit administrer le seigle ergoté que pur, ou mêlé à quelque substance dont l'action soit analogue à la sienne, et ne le prescrire que seulement dans les cas où l'unique obstacle à l'accouchement consiste dans un état de surexcitation, d'excès de tonicité de l'appareil générateur; en toute autre circonstance, son administration ne pourrait être que funeste; c'est ce qui a lieu lorsque la difficulté de l'accouchement est due à une grande faiblesse de la mère, à l'atonie utérine, à une position vicieuse du fœtus, à l'étroitesse relative du bassin, etc.

Roche, Michel, Dewées, Stearms, Chapmann et autres praticiens conseillent l'ergot de seigle pour arrêter et calmer les convulsions qui compliquent et gênent l'accouchement. Mais que sont-elles le plus souvent ces convulsions, sinon la manifestation la plus évitente d'une condition hypérémique générale, ou du moins partielle de l'utérus? Aussi ne se déclarent-elles, ces convulsions, le plus souvent que chez les femmes fortes, pléthoriques, jeunes, chez celles enfin qui sont le plus disposées aux affections inflammatoires. Dans ce cas, la valeur thérapeutique du seigle ergoté ne saurait être considérée que comme un équivalent de la saignée, du bain, et des autres moyens affaiblissants qu'on prescrit ordinairement en pareilles circonstances.

Je crois à propos de rapporter ici un passage de la PHARMACOLOGIE du docteur Giacomini sur l'argument en question.

« Lorsque la parturition, dit cet auteur, a déjà commencé par les phénomènes qui lui sont propres, et qu'elle s'arrête ou se ralentit, l'accoucheur s'écrie aussitôt qu'il y a *inertie* de la matrice. Cette idée le conduit à l'instant à celle d'une *atonie*, comme si ces deux mots étaicnt synonymes. Tous répètent le mot faiblesse, atonie, aucun n'en doute, personne n'examine le fait, et l'erreur devient pour tout le monde une vérité, un axiome. Pourtant il ne fallait pas un grand effort de logique pour se détromper. Pour ne pas abuser de la valeur des mots, je ne dirai pas que la gestation est une phlogose physiologique de la matrice; mais qui oserait contester que pendant la gestation, la matrice ne soit maîtrisée par une énergie vitale qui l'approche d'une condition hypersthénique? Le sang toujours couenneux des femmes grosses, leur tendance aux phlogoses générales ou partielles en sont une preuve.

» Nous ne pouvons donc pas concevoir, poursuit M. Giacomini, que la matrice puisse passer dans un instant, et pour ainsi dire spontanément à un état de faiblesse, d'atonie, et au moment même où elle se trouve dans sa plus grande activité.

» Le tissu éminemment vasculaire de la matrice nous fait concevoir aisément que son activité propre doit consister dans une expansion, une dilatation, une espèce enfin d'éréthisme, par suite de la congestion constante du sang dans ses vaisseaux, lorsqu'un stimulus quelconque l'y attire; c'est ce qui arrive durant le coït, par la présence de l'embryon, ou un état de phlogose.

» On conçoit pareillement que ce qu'on appelle communément la contraction de la matrice est plutôt un état passif ou de repos, analogue à l'affaissement du pénis, ou du clitoris après l'érection. Aussi l'utérus est-il resserré, petit, chez les filles qui n'ont eu aucun commerce avec l'homme.

» Si l'on m'accorde, continue M. Giacomini, que chez les pucelles la matrice est en repos, et chez les femmes grosses en action, il est évident que l'activité de cet organe consiste dans son expansion et le repos dans sa contraction. »

Nous mettons hors de cause les fibres musculaires que quelques anatomistes accordent à l'utérus; car on ne saurait vraiment expliquer pourquoi elles seraient contractées lorsqu'elles sont dans l'inaction, et qu'aucun stimulus n'agit sur elles; flasques, au contraire, lorsque l'utérus est dans un état d'éréthisme surchargé de sang, et qu'il renferme une cause per-

manente d'irritation, comme cela a lieu durant la gestation.

Il est reconnu que parmi les causes qui retardent et qui empêchent même le resserrement de la matrice pendant la parturition, c'est la pléthore sanguine; c'est-à-dire un état presque de phlogose ; d'apoplexie de ce viscère. L'on sait aussi que l'on retarde souvent l'accouchement par les manœuvres exercées mal à propos par les sages-femmes, manœuvres dont l'effet est d'entretenir et d'augmenter même l'afflux du sang vers l'utérus.

Hunter disait n'avoir peur que des convulsions et de l'hémorrhagie dans les accouchements; aussi était-il prodigue de saignées pour les prévenir. Cela prouve que de tout temps on a regardé la matrice dans une condition de pléthore et de surexcitation pendant la grossesse et à l'époque de l'accouchement.

Si l'on parvient à arrêter par le seigle ergoté des hémorrhagies consécutives à l'accouchement, cela n'a point lieu à cause d'une prétendue action styptique ou tonique de ce médicament, mais bien parce qu'il met le système vasculaire utérin dans un état de collapsus.

Si les fœtus morts-nés s'observent très-souvent en Amérique, au dire de Buros, de Merimann, d'Ingleby, depuis qu'on abuse du seigle ergoté, ce phénomène n'est pas dû à un état de phlogose ou à une trop forte stimulation; ces enfants meurent empoisonnés dans le sein de la mère par l'action affaiblissante de ce végétal, action qui est analogue à celle de l'aconit, du gaz acide carbonique et de plusieurs autres hyposthénisants très-énergiques. Cette considération doit rendre prudent l'accoucheur dans l'administration d'un remède, qui, à une dose un peu forte, peut devenir vénéneux.

Je ne saurais partager l'opinion de M. Velpeau qui attribue, en pareils cas, la mort du fœtus plutôt à la puissante contractilité de l'utérus provoqué par l'ergot, qu'à l'action toxique de ce médicament. Voici comment s'exprime notre savant confrère à ce sujet : « Les efforts, dit-il, de la matrice se répétant à de très-courts intervalles, n'ayant plus d'intermittence complète, comme dans le travail naturel, font que l'enfant est bientôt comprimé de telle sorte que la circulation du placenta, les mouvements du cœur, le cours des fluides dans le cordon et même dans les viscères en éprouvent une gêne susceptible de devenir dangereuse. »

Notre confrère, M. Rognetta, nous a dit à l'occasion des vertus thérapeutiques de la belladone « que l'action physiologique ou dynamique de tout remède ne se manifeste qu'après résorption ; » aussi en partageant entièrement cette opinion, j'admets avec le docteur Hall que les qualités délétères de l'ergot de seigle ne sont pas dues à une action purement dirigée sur la matrice, mais primitivement sur le sang de la mère qu'il dénature, et qu'il réagit ensuite sur celui du fœtus.

Le docteur Clutterburck croyant trouver quelque analogie entre les douleurs musculaires et articulaires du rhumatisme aigu, et celles de l'accouchement, voudrait substituer le colchique au seigle ergoté. Il dit (dans un des derniers cahiers de la GAZETTE MÉDICALE DE LONDRES) l'avoir employé quatre fois avec succès; nous laisserons que le temps et l'expérience donnent une juste valeur à l'opinion du docteur anglais.

Neumann, Weit et plusieurs autres préconisent le seigle ergoté dans la suppression des règles; tandis que d'autres praticiens le trouvent dans ce cas inutile et même nuisible. Ces contradictions proviennent de ce qu'on n'a pas toujours déterminé d'une manière précise les différentes causes de l'aménorrhée; c'est-à-dire si elle est due à un état de surexcitation, d'érétisme du système utérin; ainsi cela a lieu ordinairement chez les femmes d'une constitution athlétique; alors, mais seulement alors, l'ergot pourra produire de bons résultats; tandis que dans les cas où la suppression des règles est due à une condition opposée, comme cela s'observe souvent chez les femmes débiles, leucophlegmatiques, l'administration de cette substance ne peut être que nuisible. C'est à raison de ces deux conditions entièrement opposées que, dans un mémoire que j'ai eu l'honneur de lire dans une des séances de notre société, il y a deux ans, j'avais proposé dans certains cas d'aménorrhée les fumigations vaginales de gaz acide carbonique et dans d'autres l'électrisation.

Si l'on parvient à combattre par le seigle ergoté, dit M. Giacomini, les engorgements lymphatiques vers les extrémités; si l'on arrête certains flux muqueux, tels que la leucorrhée, la blennorrhagie, la dyssenterie, c'est que le plus souvent ces affections sont dues à un état de phlogose; ce remède est inerte et même nuisible dans les cas où ces affections dépendent d'une condition opposée.

Je me résume en disant que l'action dynamique ou constitutionnelle du seigle ergoté est toujours atonique, hyposthénisante, affaiblissante, et que cette action se manifeste plus spécialement sur le système vasculaire périphérique du corps, et dans certaines circonstances sur l'appareil générateur de la femme.

GAZ. MÉDICALE. — Janv. 1839.

NOTE

Sur la substance active de la gentiane;

Par le professeur DULK, de Konisberg.

Les expériences de MM. Tromsdorff et Leconte ont démontré d'une manière décisive que le gentianin

préparé d'après la méthode de M. Henry ne peut plus être regardé comme la substance active de la gentiane. J'ai trouvé, en me livrant à quelques essais sur cette racine, que la substance active amère se laisse isoler. Voilà le procédé. On traite la poudre grossière de la racine avec l'alcool, on distille les liqueurs et on dissout ce résidu dans l'eau. On filtre la solution; la matière indissoute, traitée avec de l'éther, fournit une teinture claire, de laquelle on obtient, par évaporation spontanée, le gentianin de M. Henry, tout à fait insipide.

La solution aqueuse a une saveur fort amère, et on la met en fermentation pour séparer le sucre, à quoi l'on ne réussirait pas bien d'une autre manière. Le liquide est précipité alors par l'acétate neutre de plomb, et on sépare le précipité qu'on abandonne; dans le liquide amer filtré on verse de l'acétate de plomb basique, et un peu d'ammoniaque, pour précipiter la combinaison de la matière végétale avec l'oxyde de plomb; mais on doit bien se garder d'ajouter trop d'ammoniaque, parce que celle-ci, comme base plus forte, enlève la matière végétale à l'oxyde de plomb. On obtient un précipité jaune, qu'on lave avec de petites quantités d'eau, parce que, par une plus grande quantité, la combinaison se décompose. Le précipité est délayé dans l'eau et décomposé par un courant de gaz hydrogène sulfuré. On filtre et évapore la solution à une température peu élevée jusqu'à siccité, et on traite le résidu avec l'alcool de 0,820 p. spécifique; on laisse filtrer, et on obtient, par évaporation, une masse qui n'offre aucune trace de cristallisation.

Ce gentianin est une matière jaune brunâtre. Séchée et triturée, elle fournit une poudre jaune; elle possède le goût amer de la racine au plus haut degré. Elle est hygrométrique, presque insoluble dans l'alcool absolu, plus soluble dans l'alcool ordinaire, et très-soluble dans l'eau. Elle rougit le tournesol. Chauffée, elle fond, se boursoufle, et se laisse brûler sans résidu; elle ne contient pas d'azote. Par sa réaction et ses propriétés par rapport aux bases, elle se rapproche des acides.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.—Janvier 1839.

NOTE

Sur un nouveau topique pour combattre les engelures.

Par A. BERTON, D.-M.-P., chirurgien de la garde municipale de Paris.

Il n'est pas de petites choses en pratique; souvent ce qu'on appelle un rien, une minutie, est pour nous ce qu'il y a de plus embarrassant. Qui n'a point en effet hésité en présence des maux les plus simples? Par exemple, les engelures chez les jeunes enfants constituent des affections peu importantes; eh bien! sait-on ce qu'il faut opposer aux gonflements de cette nature qui affectent les tissus fins, spongieux et comme gélatineux des extrémités? C'est donc dans un but d'utilité que je vous adresse cette note à propos d'un moyen qui me réussit parfaitement en pareille circonstance.

Composition du topique.

Baume de Fioravonti. .	2 parties.
Acétate de plomb liquide.	3 parties.
Huile d'olives.	3 parties.
Acide hydrochlorique. .	1 partie.

Agitez quelque temps le mélange avant de s'en servir. Cette proportion est celle qui se trouve le plus ordinairement de mise; mais l'on peut du reste accroître ou affaiblir l'activité du remède en augmentant ou en diminuant la quantité d'huile.

Quant au mode d'emploi, le voici. Le soir, en couchant les enfants, il faut oindre avec le liniment les parties affectées, les recouvrir ensuite de papier de soie imprégné aussi légèrement du même liquide, puis enfin envelopper le tout de linges.

On peut en outre, si le cas l'exige, pratiquer une ou deux fois, dans le courant du jour, quelques légères frictions sur les points malades au moyen d'un peu de coton imbibé des mêmes substances.

Ce liniment convient particulièrement pour prévenir l'ulcération des engelures. On peut encore l'employer lorsqu'il n'y a que de petites gerçures. Je m'en suis servi aussi quand les engelures étaient entamées, mais alors je fais enlever l'acide hydrochlorique. Cependant je dois dire que dans ces circonstances, quand la sensibilité des plaies est très-grande, je me contente pour le pansement, soit d'un peu de cérat laudanisé, soit de ce corps gras additionné d'un peu de teinture de benjoin. Néanmoins je prescris toujours sur la périphène des plaies des frictions avec le liniment dont j'ai donné la formule.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.—Janv. 1839.

VARIÉTÉS.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Programme des questions proposées pour le concours de 1840.

Un prix de six cents francs sera accordé à l'au-

teur du meilleur mémoire qui sera adressé à la Société sur la question suivante :

« *Déterminer la Topographie Médicale des deux Flandres, faire ressortir son importance eu égard aux causes, à la nature et au traitement des maladies régnantes?* »

Il sera accordé un prix de trois cents francs à l'auteur du meilleur mémoire envoyé en réponse à la question suivante :

« *Décrire tout ce qui est relatif à l'Autoplastique : en poser les règles générales et spéciales et s'attacher surtout à l'appréciation raisonnée des cas spéciaux d'Autoplastique déjà acquis à la science, en établissant les règles à suivre dans les cas où des restaurations de parties pourraient être pratiquées.* »

Les mémoires envoyés au concours deviennent la propriété de la Société ; toutefois il est loisible aux auteurs d'en faire prendre copie.

Les réponses écrites lisiblement en latin, flamand, français, anglais ou allemand (pourvu que dans ce dernier cas on se serve des écritures bâtarde ou anglaise), doivent être envoyées, franc de port, avant le premier juin 1840, au docteur E. De Nobele, secrétaire de la Société, rue des Charretiers, n° 19, à Gand.

RECHERCHES

Sur la nature et l'origine du pus; son action sur le sang, et les différences qui existent entre le pus, le mucus et la matière de divers épanchements;

Par le docteur Louis Mandl (1).

(Voir les Annales, t. III. p. 248, année 1838).

SECTION II.

RECHERCHES SUR LE MUCUS.

Chapitre 1er. — *Parties microscopiques du mucus.*

Le mucus est composé ainsi que le pus d'un véhicule dans lequel nagent les globules muqueux. On trouve à côté de ces derniers, le plus souvent, l'espèce de petites molécules que nous avons aussi signalées dans le pus. Les globules du mucus sont en tout semblables à ceux du pus ; ils ont la même forme, la plupart à peu près la même grandeur, et tout à fait les mêmes propriétés chimiques. On se peut facilement convaincre de cette identité en choisissant, par exemple, le mucus qu'on trouve à la base de la langue ou aux dents. Les globules en sont souvent cohérents, mais une goutte d'eau suffira pour les étendre, et leur forme n'est en rien changée dans les premiers moments. Ce n'est qu'après quelque temps que les globules commencent à se gonfler. Quelquefois les crachats sont assez liquides pour qu'on n'ait pas besoin d'y ajouter de l'eau, et on verra alors distinctement les globules muqueux.

On trouve en outre presque toujours dans le mucus des morceaux de l'épithélium appartenant à la couche de cette membrane, qui vient d'être remplacée par une nouvelle formation. Ces lames sont d'autant plus rares que la sécrétion est plus abondante ; elles sont de formes diverses selon l'épithélium auquel elles appartiennent ; nous renvoyons le lecteur, pour les détails, à notre mémoire sur le pus (*Anatomie microscopique*. Paris, 1838. Deuxième série, seconde livraison) et sur la peau. Ainsi le mucus de la langue sera chargé d'autres morceaux d'épithélium que le mucus de l'urine, que celui qu'on trouve à la base des dents, où on remarque sous le microscope une foule de filaments flexibles, ayant 1 à 2 centièmes de millimètre de longueur, etc.

Les globules d'urine, de salive, de sperme, etc., qu'on a jusqu'à ce moment signalés sous ces noms différents, ne sont que des globules du mucus mêlés à ces sécrétions.

On trouve souvent, principalement dans le mucus nasal, des globules de moitié moins grands que d'ordinaire. Si on a soin d'examiner les gouttes blanches qui s'écoulent du nez, par exemple dans le coryza, on les trouvera chargées de ces globules, et presque entièrement privées de morceaux d'épithélium. Ces globules nous paraissent changés dans leur forme par l'alcalinité du véhicule dans lequel ils nagent.

Chapitre second. — *Caractères distinctifs du pus et du mucus.*

Parmi les maladies dans lesquelles le pus joue un rôle important, et qui depuis longtemps attiraient l'attention des médecins sur cette sécrétion morbide, figure, au premier rang, la phthisie : c'est le diagnostic de cette affection redoutable qui faisait le plus désirer aux médecins de connaître les caractères distinctifs du pus et du mucus. Nos recherches nous ont donné la conviction que tous les moyens employés jusqu'ici devaient être sans succès, à cause de l'identité des parties constituantes de ces deux liquides. Bien entendu qu'il ne s'agit pas de trouver les moyens de distinguer le pus d'un abcès du mucus des crachats. Dans les cas où les différences sont si marquées, il est inutile de mettre la chimie à contribution pour rechercher des moyens de diagnostic.

Mais avant de discuter ce point, nous voulons jeter un coup d'œil historique rapide sur les recherches tentées principalement dans le but d'avoir un caractère diagnostique des crachats dans les maladies de poitrine, recherches qui constituaient jadis la véritable pierre philosophale des médecins, et qui n'ont perdu de leur importance que depuis que le sthétoscope est venu trancher la question d'une manière sûre et infaillible.

Hippocrate faisait cracher le malade dans l'eau

(1) Le lecteur aura l'indulgence de se rappeler que c'est un Allemand qui écrit dans notre langue. D.

de mer et pronostiquait une terminaison fâcheuse si le crachat disparaissait en se précipitant, parce qu'alors il pensait que le crachat était du pus; *Aretée* ne tenait déjà plus à ce signe; *Van-Swieten* disait que cette épreuve n'était pas décisive, et que le mucus qui surnageait le matin, en restant toute la journée dans l'eau, allait le soir au fond. D'autres croyaient trouver la cause de ce que le mucus surnageait dans de petites bulles d'air adhérentes. C'est pour cela, disaient-ils, que le mucus du vagin, de l'urèthre et des yeux se précipitait; mais la véritable cause de la surnatation du mucus consiste, comme on le sait, dans sa pesanteur spécifique qui, dans une irritation plus forte des membranes muqueuses, peut changer à ce point que le mucus sécrété tombe au fond de l'eau. La quantité de l'albumine augmentée et celle de l'eau diminuée changent la pesanteur spécifique du mucus de manière à ce qu'elle se rapproche de celle du pus, qui est toujours plus pesant que l'eau. Un autre caractère diagnostique indiqué par Hippocrate, et qui se tire de ce que le pus, jeté sur des charbons ardents, répand une odeur fétide, est encore moins important, parce que cette fétidité résulte de la combustion de l'albumine qui se trouve dans le pus et dans le mucus.

Charles Darwin, de Lichtfield, qui, dans l'année 1778, mourut à Edimbourg au milieu de ses études, âgé seulement de vingt ans, avait obtenu le prix proposé dans cette capitale pour la détermination de la différence à établir entre le pus et le mucus. Son mémoire, qui contenait trente-cinq expériences fut publié par son frère. C. Darwin a proposé quatre caractères : *l'acide sulfurique* dissout le pus et le mucus; le premier nage en gros flocons dans la dissolution; le dernier est précipité. *L'acide nitrique* donne une solution jaunâtre de nos deux fluides. L'eau précipite la dissolution du pus, et le liquide surnageant est clair-verdâtre; au lieu que le mucus, dans les mêmes circonstances, fait voir un liquide surnageant trouble, d'une couleur sale. Le *sublimé corrosif* ne coagule que le pus, au lieu que la *potasse caustique*, en dissolvant le pus et le mucus, ne fait précipiter que le premier. Les expériences de Darwin sont déjà depuis longtemps jugées par les médecins, et nous pouvons nous borner à indiquer les travaux de *Salmuth* et *Michaelis* pour nous épargner la peine de réfuter les expériences citées. *Soemmerring* dit même que Darwin, loin d'avoir fait des expériences, n'a établi qu'hypothétiquement les caractères qui viennent d'être mentionnés.

Burgmans dit que le pus, à une chaleur modérée, se montre d'abord acide, puis qu'entrant en putréfaction, il exhale l'odeur de l'alcali volatil. Au contraire, le mucus ne subit jamais, d'après cet auteur, une fermentation acide, et n'éprouve que très-lentement la putréfaction. Quelques chimistes (Hildenbrandt, etc.) ont constaté la fermentation acide et le changement produit sur le bleu végétal en conséquence de l'acidité; caractère que *Home* n'a pas constaté. Mais nous ne croyons pas ce signe suffisant, parce qu'il y a du pus qui ne donne aucune odeur, et il y a du mucus qui, dès le moment même de sa sécrétion, est déjà acide. Tels sont, par exemple, le mucus vaginal, ainsi que M. Donné l'a prouvé, et le mucus de l'utérus, d'après nos propres expériences; le mucus de la blennorrhagie uréthrale mêlé à un peu d'urine, etc.

Grasmeyer a proposé une solution complétement saturée de sous-carbonate de potasse. Une partie de pus broyé avec douze parties d'eau tiède et une partie de la solution saturée font voir une masse gélatineuse et visqueuse si la substance est du bon pus; si le pus est mauvais, ce phénomène ne se manifeste qu'après une demi-heure. Le mucus ne donne aucune masse gélatineuse. Déjà *Reil* a démontré l'inexactitude de ce moyen. En effet, tout mucus un peu dense produit le même phénomène.

Le pus est distingué de plusieurs autres liquides animaux par l'aspect gélatineux qu'il prend, d'après *Hunter*, par l'addition d'une solution concentrée de sel ammoniac. Nous avons déjà parlé de ce moyen (Section I, chapitre I, p. 2), et nous avons longuement démontré l'insuffisance de cette épreuve, parce que le sang, soit pur, soit mêlé de pus, produit le même coagulum gélatineux. Aussi, le moyen proposé par Hunter pour distinguer le pus du mucus ne peut-il nous servir, parceque ce phénomène n'est pas particulier au pus.

Home prétend trouver dans les globules du pus un signe caractéristique propre à faire distinguer ce liquide du mucus, qui aurait toujours, selon lui, une disposition floconneuse. Nous n'avons pas besoin de discuter cette opinion, d'après ce que nous avons dit dans le premier chapitre de cette section, où nous avons exposé la parfaite identité des globules du pus et du mucus. En effet, en étendant le mucus avec un peu d'eau, on voit disparaître l'aspect floconneux prétendu diagnostique, et l'on voit nager séparément tous les globules du mucus. Ce phénomène est d'autant plus remarquable que le mucus moins épais est conséquemment plus riche d'eau.

Le même auteur donnait aussi des moyens pour distinguer les globules du pus des autres globules microscopiques; ainsi il a proposé l'application de l'eau pour distinguer les globules du pus des globules du sang. Les premiers, blancs, un peu opaques, sont insolubles dans l'eau, au lieu que les derniers, rouges, se dissolvent dans l'eau.

Gruithuisen a aussi trouvé des globules dans le mucus, mais il les croit moins ronds, plus frangés, consistant en une substance transparente et très-variables dans leur grandeur, quelques-uns n'ayant que le huitième du diamètre des plus grands. Au contraire, les globules du pus sont tous (excepté quelque petite différence) de même diamètre. Il les croit aussi plus petits que les premiers. Cette opinion, comme celle de *E. H. Weber*, trouve sa réfutation dans nos recherches microscopiques sur les globules du pus. Ce dernier auteur croit que les globules du pus sont deux fois plus grands que les globules du mucus; leur diamètre est, d'après ce micrographe, de 0,002 à 0,0015 de ligne de Paris, au lieu que les globules du pus ont 0,004 à 0,008 de ligne de Paris. La partie transparente du mucus ne contient pas de globules, mais bien des flocons, moins transparents, qui se trouvent dans le mucus; ici les globules sont agglutinés et paraissent irréguliers; mais ils se séparent dans l'eau, nagent séparés les uns des autres, paraissent parfaitement ronds, et sont alors bien mesurables. Weber n'a pas trouvé de différence entre

les globules du pus et les globules de crachats de phthisiques, dont il a examiné les parties les plus jaunes et les plus pesantes; il les a étendues dans beaucoup d'eau, ou de blanc d'œuf, pour n'avoir pas, dit-il, trop de mucus; les globules du pus ressemblent beaucoup à ceux de la salive, mais ces derniers ne se trouvent qu'isolés, et ne se précipitent pas si vite que les autres. Donc, parce que les globules du pus sont deux fois plus grands que les globules du mucus, et parce que la partie transparente du mucus ne contient pas de globules, il est bien aisé de distinguer le pus et le mucus. Mais la partie transparente du pus ne contient pas non plus de globules, et la prétendue différence de grandeur des globules n'est nullement réelle.

Georges Pearson suppose dans le pus, outre de la sérosité et des globules, un oxyde blanc et opaque très-épars dans le liquide, dont il a déterminé le caractère chimique.

On peut déjà découvrir l'aspect granuleux du pus en le regardant avec une loupe, qui a un ou deux pouces de foyer. On peut même voir de petits globules entourés d'anneaux colorés, d'après *Young*, en mettant le pus entre deux lames minces de verre, phénomène qui n'a pas lieu avec le mucus. Quelle importance faut-il attacher à cette observation, s'il suffit de quelques gouttes d'eau mêlées au mucus pour changer ce dernier en pus, ou si tout mucus un peu liquide ne diffère en rien du pus?

Enfin, le professeur *Gruithuisen*, à Munich, a encore proposé le moyen microscopique suivant, pour distinguer le pus et le mucus : En mêlant un scrupule de la matière à examiner avec une once d'eau distillée dans un verre pur, clos avec un double tissu léger de crêpe, si on l'expose à la lumière et à une température de 97 à 106 degrés de Farenheit, si l'on examine au jour une goutte de l'infusion on ne voit que des infusoires extrêmement petits comme des points; mais après quelques jours leur forme devient manifeste et différente, selon la matière infusée. On découvre dans le pus, au troisième jour, de petits animalcules ronds, lenticulaires, se mouvant avec lenteur en petits cercles, ou quelquefois aussi dans une autre direction, et qui s'évitent en se rencontrant. Dans le mucus, au contraire, on voit au quatrième jour au plus tard au bord extérieur des flocons des animalcules d'une autre espèce, qui sont au moins cent fois plus grands que les autres. Ils sont très-vifs et dirigeant toujours en avant et avec beaucoup de mouvement une partie courbée qui est plus mince.

Un mélange de pus et de mucus ne donne pas des infusoires de pus et de mucus, mais des animalcules d'autres espèces. L'infusion du mucus nasal et végétal, la gélatine animale et de l'urine donnent naissance à des animalcules, que Rœsel avait appelés pseudopolypes, et qui sont connus sous le nom de verticelles.

Gruithuisen décrit aussi dans le même mémoire les infusoires qu'il a obtenus de différentes substances. Mais si l'on connaît les grands changements dans les animalcules produits par les infusions, changements qui tiennent à beaucoup de circonstances, comme la température, la durée de l'infusion, la quantité d'eau, etc., on concevra tout ce qu'il y a d'accidentel et de variable dans l'expérience du savant professeur bavarois.

Preuss, qui a fait des recherches sur la constitution chimique des tubercules, et qui y a trouvé la matière caséeuse et la cholestérine, n'a pas trouvé la matière caséeuse dans le pus, excepté le pus d'un abcès scrofuleux. Les flocons dans le pus de cette nature sont, d'après Preuss, de la matière caséeuse précipitée par l'acide acétique libre qui s'y forme. On peut découvrir dans les cendres du pus la présence de l'oxyde de fer. Mais l'oxyde de fer ne se trouve pas dans le mucus, et c'est le moyen proposé par cet auteur pour établir une différence entre le pus et le mucus. Nous ferons remarquer ici que plusieurs chimistes ont déjà fait connaître la présence de l'oxyde de fer dans le pus brûlé. (*Voir p. ex. Berzelius Chim.*, tom. VII, p. 636). Nous ne savons pas si ces expériences ont été constatées par les recherches d'autres savants, nous n'avons pas eu occasion de les répéter nous-même.

Gueterbock, dont le travail est postérieur au nôtre, dit que le mucus ne contient ni albumine ni matières grasses. Mais déjà cet auteur avait vu la matière du coryza, durant l'épidémie de la grippe, se troubler par la chaleur; et il croit devoir supposer que dans ce cas les narines étaient irritées et excoriées. On voit qu'il ne sera pas difficile de trouver du pus, sitôt qu'on voudra supposer l'existence de plaies suppurantes invisibles. La matière grasse semble donc à Gueterbock le caractère le plus propre à distinguer le pus du mucus. Il propose donc de brûler les matières, expérience déjà signalée par *Michaelis*, le pus contenant beaucoup de graisse brûlée avec une flamme éclatante, comparable à celle des corps résineux, tandis que le mucus, quand il brûle, dégage seulement quelques gaz qui s'enflamment. Mais M. Gueterbock n'a nullement étudié les crachats des différentes maladies pour prouver son assertion, et le moyen proposé devient encore plus insuffisant si le pus est noyé dans une grande quantité de mucus : dans ce cas, où M. Gueterbock lui-même reconnaît que la différence de la flamme devient insensible, il propose de faire bouillir la substance étudiée avec de l'alcool, ou de l'agiter avec de l'éther sulfurique, pour voir si elle contient ou non de la graisse.

Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, il ne s'agit pas de trouver des différences entre le pus des abcès et le mucus des crachats; il ne faut appeler en aide ni la chimie ni le microscope, où le simple aspect à l'œil nu peut trancher la question; aussi ne nous arrêterons-nous pas à décrire les propriétés de ces sécrétions. Mais s'il s'agit de pouvoir distinguer infailliblement le mucus du pus, c'est-à-dire de cette sécrétion qui suppose ou une plaie, ou un changement de texture de la surface sécrétoire, nous avouerons l'impossibilité dans laquelle nous nous sommes trouvé, d'arriver au résultat désiré. Les globules du pus et ceux du mucus ne diffèrent en rien (sect. II. chap. I), et la seule différence plus ou moins tranchée, qui existe entre le mucus et le pus, c'est l'abondance de globules dans le dernier, la présence de morceaux d'épithélium détaché et la rareté de globules muqueux dans le premier. Ainsi, par exemple, le mucus vaginal est composé presque

entièrement de lames de l'épithélium, comme l'a fort bien remarqué M. Donné, et les globules n'y sont que très-rares; mais la moindre irritation du vagin les fait paraître. Comment donc trouver un signe certain dans la présence plus ou moins grande de globules muqueux? On ne voit dans le mucus qui se trouve dans la bouche, et principalement sur la langue, presque autre chose que les morceaux d'épithélium qu'un renouvellement continuel fait enlever par la sécrétion buccale; eh bien! le moindre rhume, l'irritation la plus légère des voies digestives produit une sécrétion plus abondante dans les parties mentionnées, et le mucus est chargé de globules. La même chose a lieu pour les crachats; les mêmes éléments s'y trouvent, soit qu'il se fasse une suppuration dans les poumons, ou qu'elle n'existe pas; seulement, dans le premier cas, la masse tuberculeuse diffluente produit des molécules très-petites, en tout semblables aux flocons albumineux qu'on trouve d'habitude dans les crachats muqueux.

Le microscope confirme donc ce que la chimie avait trouvé jusqu'à ce moment, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de différence essentielle entre les parties élémentaires de ces sécrétions. Nous nous efforcerons d'expliquer dans la section suivante les causes de cette identité, en exposant le procédé de la sécrétion ainsi que nous le comprenons.

SECTION III.

Sur l'origine du pus et des épanchements.

CHAPITRE PREMIER. — *Pyogénie.*

Il serait bien difficile d'émettre sur la pyogénie une opinion qui n'ait déjà été émise, d'imaginer une expérience à faire dont on n'ait déjà annoncé les résultats.

Hippocrate, Galien et la plupart des auteurs anciens ont fait de la pyogénie une sorte de coction. Plus tard, Boerhaave pense que le pus provient des liquides exsudés et de particules solides dissoutes. Suivant Verduc, c'est un mélange de chyle plus ou moins altéré. Heister croit que, dans les congestions, les vaisseaux engorgés sont rompus par la force et l'impétuosité du sang; qu'alors les fluides épanchés, putréfiés, rongent les parties voisines, et que le pus en est le résultat. Selon Platner, le sang en stagnation hors des vaisseaux se change en pus, dans lequel les parties voisines se liquéfient et se mêlent. Quesnay conjectura que des sucs graisseux et muqueux prédominaient dans la composition du pus; ce sont les sucs albumineux qui, d'abord glaireux, se figent, forment une croûte blanchâtre et couenneuse sur la surface du sang tiré par la saignée, et prennent enfin, avec un degré d'élaboration de plus, le caractère purulent. La pyogénie a lieu dans le tissu cellulaire, d'après Grashuys, et la graisse est la première matière du pus; elle est fondue et liquéfiée par l'inflammation et métamorphosée en pus par une sorte de coction.

Or, toutes ces différentes hypothèses auraient pu être renversées dès le premier jour par l'examen microscopique du pus; on aurait pu se convaincre que ses parties élémentaires ne peuvent être produites ni par la coction des sucs albumineux, ni par la liquéfaction et dissolution des parties environnantes. Mais quand le microscope est venu dans notre siècle pour éclaircir cette question, toutes les idées citées étaient déjà hors d'usage, et avaient fait place à d'autres.

Pringle et Gaber pensèrent que le pus est formé hors des vaisseaux, et qu'il n'est que le sédiment qui se dépose dans le sérum par la fermentation, par sa putréfaction. Il crut observer plusieurs fois que la sérosité du sang, exposée pendant quelque temps à un degré de chaleur modéré, déposait un sédiment blanc et purulent. Mais encore ici l'examen microscopique aurait pu renverser l'hypothèse; car le sédiment déposé dans la sérosité du sang n'est qu'un dépôt d'un nombre immense de globules albumineux, qui sont bien différents de globules purulents.

De Haën a supposé que le pus créé dans le sang était déposé tout formé dans les abcès, les plaies, les ulcères. Simpson de *St-Andrews* eut le premier l'idée que la suppuration était une sécrétion; cette doctrine fut mieux développée plus tard par *Morgan*, et enfin positivement établie par *Hunter* et *Brugmans*. *Schwilgué* a trouvé la plus grande analogie entre le pus et le sérum du sang. Des recherches faites par *Hunter* et *Home* sur les écoulements purulents des membranes séreuses, des membranes muqueuses, de la peau et des ulcères, il résulte que la sécrétion consiste d'abord en un liquide purement séreux et transparent, dans lequel apparaissent ensuite des granulations microscopiques, dont le nombre s'accroît peu à peu, et qui diminuent de plus en plus la transparence, jusqu'à ce que du véritable pus soit produit. La formation du pus est précédée de la formation d'un liquide clair comme de l'eau; mais il n'y a point là seulement succession de sécrétions diverses, mais une véritable métamorphose. Ayant bien séché un ulcère qu'il couvrit ensuite d'un emplâtre, il trouva au bout de dix minutes le liquide plein de granulations transparentes, qui, dix minutes plus tard, étaient devenues plus nombreuses et opaques. *Autenrieth* dit que la sécrétion aqueuse qui se fait voir sur des endroits purulents, recueillie entre deux lames de mica, ne fait voir de globules que dans le cas où les lames restent dans la plaie, mais qu'il n'y en a pas si les lames sont éloignées de l'atmosphère du corps vivant. D'après nos propres observations, la première sécrétion aqueuse fait tout de suite voir des globules, mais ils sont beaucoup plus rares que dans le pus parfait. La raison en est que dans le commencement de la sécrétion l'eau est surabondante, et qu'il s'en évapore une grande partie jusqu'à ce que le pus soit parfait.

Kaltenbrunner a décrit, d'après des observations microscopiques, ce qui arrive pendant la formation du pus dans le milieu des stases inflammatoires; des flocons qui sont les éléments du pus, et qui se détachent des stases, ou naissent dans le parenchyme même, se meuvent d'une manière continue, mais insensible et irrégulière, puis se réunissent en grumeaux, qui s'allongent et deviennent des canaux, dans lesquels les granulations du pus oscillent en

toutes directions ; ces canaux purulents s'allongent en réseaux, s'étendent jusqu'à la surface où ils versent le pus, et se liquéfient quand la suppuration diminue, époque à laquelle les granulations du pus cessent d'exister et se mêlent au parenchyme voisin. *Andral* ne croit pas qu'une inflammation préalable soit de rigueur pour la formation du pus. Nous nous sommes déjà prononcé (sect. I, chap. I, § 4.) sur l'opinion de *Home, Gendrin*, etc., qui croyaient les globules du pus formés par une transformation des globules du sang.

Dans les recherches que nous avons faites pour arriver à une solution de la question de la pyogénie, nous nous sommes borné à expliquer et à reproduire, pour ainsi dire mécaniquement, le travail de la suppuration. Mais nous laissons complétement de côté la cause de la suppuration. Après avoir exposé l'identité des globules du pus et de ceux de la fibrine, nous exposerons une expérience où, par la filtration du sang, nous formons artificiellement les globules du pus. Nous ferons plus tard l'application de ces recherches aux sécrétions en général.

Nous avons démontré que les globules du pus et du mucus partagent les propriétés chimiques de la fibrine ; nous avons vu que les fausses membranes font voir une structure parfaitement globuleuse. Si l'on recueille la sécrétion provenant d'un vésicatoire, on verra souvent au milieu du liquide une matière se coaguler spontanément et former un caillot ; or cette matière, que nous appelons fibrine parce qu'elle coagule par elle-même et se trouve insoluble par la chaleur, est composée de globules parfaitement pareils aux globules du pus. Si on mêle le sang sortant de la veine avec une portion du blanc d'œuf, qui ne contient aucune espèce de globules, excepté quelques molécules très-rares, et si on l'agite au moyen de verges, pour séparer la fibrine, on obtient cette dernière en lambeaux très- mous et peu cohérents. Ces morceaux, examinés au microscope, sont composés de globules purulents des plus parfaits. La fibrine, retirée du sang pur qui a été agité, forme une masse trop compacte pour qu'on puisse l'examiner avec succès au microscope. Qu'on se rappelle maintenant ce que nous avons dit à l'occasion de globules blancs, mamelonnés, que nous avons signalés dans le sang. Ils sont en tout ressemblants aux globules purulents, et possèdent les mêmes propriétés chimiques, de sorte que la seule inspection microscopique ne peut décider si le sang est pur ou mêlé au pus, parce que le sang le plus pur contient de pareils globules ; ils sont de même forme dans les différentes classes d'animaux, ainsi que les globules du pus : ils n'existent point dans la circulation, et ne se forment qu'après la sortie du sang sur le porte-objet ou dans les vaisseaux après la mort ; on trouve le sang des cadavres plein de ces globules, principalement là où il n'y a point formation du caillot. Or, toutes ces raisons nous donnent le droit de conclure que ces globules sont les parties élémentaires de la fibrine qui coagule, et que ces parties élémentaires, dans ces cas, sont séparées, ne forment point une masse cohérente. Cette dernière contient un trop grand nombre de globules réunis qui se couvrent les uns les autres, de sorte qu'on ne peut plus distinguer leurs formes, comme cela arrive dans le caillot de sang, etc.

Or, nous disons que les globules du pus et du mucus sont les mêmes que les globules blancs, fibrineux du sang ; mais comment alors concevoir l'origine des particules du pus et du mucus? Voici notre explication que les expériences ont confirmée. Le sang circulant dans les vaisseaux contient la fibrine dissoute dans le sérum ; d'après les lois de l'endosmose et de l'exosmose, une partie du sérum du sang doit transsuder à travers les parois des vaisseaux ; le sérum, une fois hors de la circulation, laisse coaguler sa fibrine, et celle-ci se coagulera dans ses parties élémentaires en globules. Nous n'avons donc point besoin d'une membrane particulière pour la formation du pus, et nous comprenons pourquoi le pus et le mucus contiennent toutes les parties du sang, excepté la matière colorante, qui, déposée dans les globules du sang, ne peut traverser les parois des vaisseaux ; nous comprenons d'ailleurs que par un séjour plus ou moins long dans les organes sécrétoires, le sérum de ces sécrétions différentes peut subir des changements différents. Nous perdons donc continuellement de la fibrine par ces sécrétions, et si nous en jugeons par la quantité de globules, on en perd plus encore par la suppuration. L'expérience que nous allons indiquer peut servir à dissiper tous les doutes à ce sujet.

Si l'on répète l'expérience indiquée par Müller, qui consiste à filtrer le sang de grenouilles, on verra passer à travers le papier un liquide qui, recueilli dans un verre à montre, fait voir bientôt des petits caillots nageant à sa surface. Or, ces petits flocons fibrineux, examinés avec précaution, sont composés de globules ressemblant en tout aux globules du pus et du mucus. On ne doit point exercer une compression trop forte sur ces particules, parce que celle-ci détruit la composition élémentaire, et réduit le tout en une masse informe. Voici donc de la fibrine composée de globules, obtenue directement par la filtration du sang ; or, ces globules ne peuvent point avoir pu exister avant la coagulation de la fibrine, c'est-à-dire, avant que le sérum du sang ait passé à travers le papier à filtrer ; car voici l'expérience qui nous donne le droit de tirer cette conclusion. Si on veut filtrer le pus à travers le même papier, soit en l'abandonnant à lui-même, soit en l'étendant avec de l'eau, pour faciliter la filtration, les gros globules du pus ne passent pas. Mais les globules de la fibrine, de la même grandeur que ceux du pus, se trouvant dans le liquide filtré, ils doivent nécessairement être un produit de la coagulation, car s'ils eussent préexisté, ils n'auraient pu passer, pas plus que ceux du pus. Ces simples expériences nous paraissent pleinement confirmer nos idées sur l'origine du pus et du mucus.

L'Expérience. — Janv. 1839.

PL. I.



PL. II.



ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

AUTOPLASTIE

APRÈS

L'AMPUTATION DES CANCERS;

Par Ch. Phillips, de Liége.

Lettre chirurgicale à M. Dieffenbach, *professeur à l'Université de Berlin.*

§ Ier.

Les chirurgiens français se sont vivement occupés de vos expériences sur les transplantations : vos procédés opératoires si ingénieux, et leur description si pittoresque ont trouvé place dans tous les ouvrages français qui traitent de ces matières. Grâce à votre coopération si active, la chirurgie allemande, en s'alliant à la chirurgie française, en a modifié les formes et en a agrandi les proportions.

Les diverses restaurations que vous avez faites pendant votre séjour à Paris en 1834, ont enrichi la médecine opératoire de l'autoplastie si délaissée en France. Vous avez rassuré les opérateurs de ce pays effrayés par ces grands déplacements de peau, en leur montrant tout ce que l'on pouvait oser par un traitement énergique ; et les applaudissements qui ont accueilli vos opérations vous ont prouvé l'admiration des élèves pour la chirurgie allemande qui vous doit ses plus beaux succès.

En m'accordant la faveur d'être votre aide particulier, j'ai pu voir souvent combien des tissus dégénérés subissent de changements par le contact de tissus sains, et combien d'affections qui s'étaient montrées rebelles aux agents thérapeutiques les plus puissants cèdent sans résistance à l'action vivace des lambeaux transposés. Dans une de vos leçons vous vous exprimiez ainsi : « par ces trans-
» plantations de peau, des secours sont apportés
» par une vie puissante, à des tissus qui succom-
» bent; il faut étendre cette application aux affec-
» tions qui ont une tendance à reparaître après
» avoir été enlevées. »

Quelque temps après votre retour à Berlin, M. le docteur Martinet de la Creuse, publia dans la *Gazette Médicale*, année 1835, un mémoire sur l'autoplastie, appréciée comme moyen thérapeutique. Les faits qu'il rapporte fixèrent mon attention, et me rappelant les idées générales que vous aviez émises publiquement, je résolus d'éclaircir mes doutes par l'expérimentation.

Ayant vu à la clinique de l'école vétérinaire des chiens portant des tumeurs cancéreuses, j'ai commencé par eux les essais de transplantation de peau. Un de ces animaux avait une énorme tumeur cancéreuse à la région cervicale ; je l'enlevai en conservant le plus possible de la peau du cou, puis je fis un emprunt sur la partie latérale de l'encolure; un lambeau de trois pouces de largeur, adhérant par un pédicule, fut amené et cousu à la place occupée par le cancer. Cet animal fut guéri en dix jours, et aujourd'hui, (trois ans après l'opération) le mal n'a pas encore reparu. Un autre avait un cancer qui lui rongeait l'épaule gauche; il fut traité de la même manière, et guérit sans récidive.

Ces emprunts cutanés sont peu onéreux pour l'organisation; le peu de symptômes alarmants qui en furent la suite me détermina à faire sur l'espèce humaine ce que je venais d'exécuter avec tant de succès sur d'autres animaux.

§ II.

Le cancer de la mamelle est une maladie qui laisse bien peu d'espoir de guérison ; de douze personnes opérées, dix doivent s'attendre au retour du mal, lorsque la plaie a été livrée à la suppuration. Il n'y a pas de parties dénaturées par cette affection qui puissent toujours se soustraire à la récidive qui se fait dans la cicatrice.

Le professeur Lallemand, de Montpellier, a vu repulluler une année après l'opération, un cancer qu'il avait extirpé du bras d'un cordonnier : la peau, l'aponévrose antibrachiale, une légère couche des

muscles superficiels avaient été enlevée. La peau manqua pour fermer la plaie qui dût suppurer longtemps.

Serre, professeur à la même école, rapporte l'histoire de Pierre Durand, opéré par Delpech; la réunion ne fut pas possible, à cause de l'hémorrhagie abondante de la plaie; elle fut bourrée de bourdonnets de charpie, qui provoquèrent de vives douleurs à la gorge, enfin le malade sortit guéri. Quelques mois après, Durand revint à Montpellier solliciter les secours de la chirurgie, parce que le mal avait reparu dans la cicatrice; l'opération fut jugée nécessaire, et les motifs qui avaient empêché la réunion, la première fois, la firent abandonner de nouveau. La cicatrisation était complète un mois après, mais on ne tarda pas à voir plusieurs tumeurs dures, bosselées, tapissant la région sus-claviculaire, siége du premier mal.

Voici l'histoire d'une tumeur squirrheuse que j'ai enlevée du cou d'une jeune fille; j'ai manqué de peau pour ramener les tissus, la cicatrisation se fit par des bourgeons. Le mal a reparu, et cette malheureuse est vouée à une mort certaine.

M[lle] Streil, âgée de 24 ans, souffrait d'horribles douleurs occasionnées par une tumeur squirrheuse, développée dans l'épaisseur de la nuque; elle avait acquis le volume d'une tête d'enfant, et elle s'étendait de l'occipital à la septième vertèbre cervicale. Depuis peu de temps le développement de cette difformité se faisait vers le sterno-mastoïdien, et forçait la tête à se courber sur la poitrine. Déjà la respiration ne se faisait plus aussi librement, et craignant d'être débordé par les progrès de ce mal, j'en proposai l'extirpation; ce qui fut accepté.

MM. Lombard, Desaive, Breyer et Fourdrin, furent témoins de cette opération.

La peau ouverte par deux incisions sémi-lunaires nous fit voir les tissus sous-jacents; notre étonnement à tous fut grand lorsqu'au lieu de la tumeur, il se présenta une couche musculaire épaisse que je dus couper en travers pour arriver au mal. L'hémorrhagie fut très-abondante et les muscles divisés se contractant avec force, rendirent l'opération très-laborieuse.

Lorsque la tumeur fut à découvert, je disséquai la circonférence de la tumeur, afin de plonger mes doigts jusqu'à sa base. Ce fut seulement alors que l'on put apprécier toute l'étendue de la désorganisation : cette masse squirrheuse enfonçait des racines dans la profondeur du cou et se cramponnait aux apophyses transverses des vertèbres cervicales, et l'occipital contre lequel elle était appuyée avait été un obstacle à son développement en haut. Enlever la tumeur entière était chose impossible; je dus la diviser en plusieurs fragments pour arriver jusqu'à ses attaches aux apophyses transverses. Le fond de la plaie soigneusement exploré, nous donna la preuve que la totalité de la dégénérescence avait été enlevée : l'hémorrhagie continuait en nappe. La perte de sang qui avait été considérable, avait affaibli la malade, qui tomba en syncope. Enfin des compresses d'eau froide et des bourdonnets de charpie placés dans la plaie, arrêtèrent l'écoulement sanguin. Quelques pièces d'appareil furent placées sur le cou, afin de contenir des compresses froides, et la malade fut couchée.

Cette opération ne fut suivie d'aucun accident; la fièvre qui survint au bout de quelques jours, fut légère, et les organes intérieurs ne souffrirent aucune atteinte de la réaction qui s'opéra lentement.

Le pus ne tarda pas à être sécrété, le fond de la plaie se couvrit de bourgeons, une granulation abondante en diminua la cavité; et un mois après l'ablation, la cicatrice avait à peine à peu près fermé la division des tissus. C'est alors que le cou devint douloureux, rouge, volumineux. La granulation changea d'aspect, les bourgeons gris sécrétaient un liquide infect, et il ne nous resta plus aucun doute sur le fatal événement que venait d'atteindre cette malheureuse femme; le cancer avait reparu, et je ne conçois pas que l'on puisse oser tenter encore cette extirpation.

Cette éternelle tendance à reparaître est enveloppée d'un mystère profond, que la lumière des faits ne peut éclaircir. Bien qu'elle échappe à nos moyens d'investigation, cette loi qui détermine ces récidives, nous devons chercher à comprendre sa puissance par l'appréciation de ses effets. Ainsi, lorsqu'une cicatrice est le produit de la suppuration, le retour du mal est imminent. C'est dans l'épaisseur même de la cicatrice qu'il enfonce ses racines pour y puiser son alimentation; et l'agglutination immédiate est souvent une barrière assez puissante pour arrêter la maladie.

On peut concevoir alors que, dominés par l'une de ces deux doctrines, les chirurgiens du plus grand mérite ont été d'avis différents, lorsqu'il s'est agi du traitement des plaies après l'amputation des cancers.

Delpech a préconisé la doctrine adhésive et les sutures, et Boyer s'abandonnait aux chances de la suppuration; c'est ce qui explique son pronostic toujours fatal : il pensait que le cancer ne guérissait jamais.

Martinet de la Creuse a ouvert une nouvelle voie par la transplantation de tissus sains sur des foyers corrompus. Nous examinerons bientôt son mode opératoire.

§ III.

Les lambeaux transposés modifient profondément les tissus qui en sont recouverts : mais quel est l'agent de ces modifications? Je ne puis partager l'opinion de ceux qui attribuent à la nouvelle circulation ces changements nombreux, parce qu'ils coupent les pédicules quelque temps après l'application des lambeaux, ce qui détourne la circulation.

Lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes, vivant loin du terrain maternel, les lambeaux doivent puiser leur subsistance dans une source impure; cepen-

dant ils demeurent intacts, et changent en parties saines ces foyers de désorganisation.

La transplantation de tissus sains, pour effacer les dernières traces d'affections dévorantes, est donc une doctrine nouvelle. Les annales chirurgicales contiennent très-peu de faits, c'est pourquoi il est important de bien établir le point de départ.

Vous avez commencé, Monsieur, par des transplantations, afin de guérir des dartres, des scrofules qui avaient détruit le nez; et M. Martinet a fait connaître quelques observations qui consistent :

1° En un lambeau de peau amené du front sur un nez rongé par un cancer, qui avait déjà été enlevé.

2° En deux mamelles cancéreuses, dont une avait été deux fois le siége de ce mal.

3° En un déplacement d'un lambeau occipital pour arrêter les ravages d'un cancer à la face.

Voilà, Monsieur, quelles sont les bases d'une thérapeutique nouvelle, bases que vous avez consolidées par l'expérimentation, et sur lesquelles chacun doit apporter ses matériaux, pour travailler à la fondation d'une doctrine consolante pour ces malheureux, minés par ces horribles affections. Lorsque j'eus quelques cancers à traiter, je me suis rappelé les écrits de Boyer, et les leçons de M. Ansiaux; alors craintif devant un ennemi aussi redoutable, je me suis servi, pour le combattre, des armes que vous aviez préparées, et dont vous vous étiez déjà servi avec tant de succès.

Néanmoins, avant de commencer cette lutte, je me suis écarté de la voie battue, et je ne crus pas ma position assurée, si je ne tentais tous les moyens possibles pour obtenir une réunion primitive. M. Martinet ne cherche que la réunion secondaire, c'est là qu'est la différence de notre plan. Avant de vous soumettre le procédé opératoire que j'ai adopté, permettez-moi, Monsieur, d'exposer d'abord celui de M. Martinet, à qui appartient l'honneur de la première transplantation des tissus, après l'amputation d'un sein.

Ce chirurgien ne procède au déplacement des lambeaux que six jours après la première opération. Ce lambeau est taillé de manière à vivre par un pédicule et non par une base large; pour appliquer sur la plaie le morceau de peau emprunté, il doit tordre le pédicule; ce dernier enfin est coupé lorsque la circulation s'est établie de la peau environnante au lambeau transporté. Voilà donc trois opérations successives qu'il fait subir à des distances très-rapprochées. La réunion immédiate n'est pas possible quand l'on applique une surface saignante sur une surface suppurante; aussi, pour les mettre toutes deux dans les mêmes conditions, pour activer le développement des bourgeons charnus de la face saignante du lambeau, M. Martinet a soin de placer une bandelette en forme de séton, ce qui favorise également l'écoulement du pus.

Après avoir enlevé le lambeau, il reste une plaie qu'il ne ferme pas dans la vue de favoriser la réunion des tissus transplantés. Enfin, la bandelette est enlevée douze jours après, et l'on exerce sur le lambeau une légère compression pour faciliter son agglutination. Par cette méthode, on se crée de grands embarras; loin d'éviter la suppuration, on la provoque, au contraire, et on l'entretient afin de favoriser le développement des bourgeons. Cette mèche irrite la plaie, fatigue le malade, enfin, le courage le plus grand se laisse ébranler par ces opérations successives.

Après avoir examiné la méthode de M. Martinet, après avoir étudié la puissance de ce nouveau levier, je l'ai mis à exécution en le modifiant.

La réunion immédiate est ma seule pensée, je sacrifie tout à ce résultat; je crois à sa puissance, et c'est parce que j'y ai foi que j'ai osé faire sur la poitrine des plaies d'un pied de largeur. L'eau froide et les points de suture en grand nombre me prêtent leurs secours afin d'obtenir cette réunion; je taille les lambeaux de manière à les faire vivre par une base large, et sans tordre le pédicule; de cette manière, je rends inutile la troisième opération de M. Martinet, qui consiste à couper cette racine.

Il faut continuer les incisions qui doivent contourner la tumeur de manière à ce qu'elles puissent servir à limiter un ou deux côtés du lambeau, parce que la tumeur étant enlevée, une seule incision tracée à la distance exigée par la réparation, suffira pour circonscrire le morceau de peau que quelques coups de bistouri détachent aisément. Le déplacement devient très-facile, puisqu'il est libre par tous les côtés, excepté par un seul, qui lui sert de base pour la nutrition, c'est le pédicule. Ce qui exige un peu de temps dans cette opération, ce sont les points de suture qui doivent être placés en très-grand nombre, si on veut obtenir un résultat heureux. Je dois ajouter que la torsion des artères est le seul moyen hémostatique convenable. Si l'on plaçait des ligatures, on laisserait sous le lambeau des corps étrangers qui deviendraient des foyers de suppuration, et décolleraient bientôt l'agglutination partielle commencée entre le lambeau et les tissus sous-jacents.

Tous ces points de suture seront fortement serrés et liés par un double nœud, excepté celui qui est placé à l'angle le plus inférieur de la plaie; je le ferme par une rosette que je puis délier à volonté. Il est important de pouvoir laisser une ouverture béante pour faciliter l'écoulement des liquides. Après la dissection d'un lambeau si vaste, la sécrétion plastique est très-abondante, la lymphe coagulable, mélangée de sang, s'accumule sous le lambeau, de manière à former un centre de suppuration; l'agglutination des tissus n'est pas possible en ce point, il devient le germe d'un abcès. Si on ne veut pas s'exposer à perdre les avantages de la réunion primitive, il est donc indispensable de s'assurer des moyens de faire sortir cet excès de liquides. Le morceau de fil lié en rosette permet d'ouvrir l'angle de la plaie, et de la débarrasser de tout ce qui entrave sa cicatrisation.

Après une amputation de sein, quels que soient le volume et la nature de la tumeur, la plupart des opérateurs adoptent un mode de pansement qui est toujours le même. Ainsi, ceux qui livrent la plaie à la suppuration, la remplissent de charpie, et ceux qui réunissent les lèvres séparées, emploient toujours les mêmes moyens, c'est-à-dire que pour rapprocher deux bords très-éloignés, ils passent des sutures, qu'ils lient après bien des efforts de traction. Les uns et les autres, si divisés par ces deux doctrines, se rencontrent sur un terrain commun, pour l'application d'un appareil composé de longues bandes avec lesquelles on fait un très-beau pansement, en créant un supplice pour l'opérée.

Quand une plaie est petite, et quand les incisions représentent deux demi-lunes allongées, la réunion des lèvres est facile, on serait condamnable de ne la pas provoquer; mais souvent pour enlever une tumeur volumineuse, on trace des incisions presque circulaires, afin de ne pas augmenter la perte de substance, et l'on a pour résultat une plaie ronde, dont la circonférence est très-éloignée du centre, alors les chirurgiens procèdent comme je viens de le dire, en cherchant à réunir les lèvres si éloignées. On réussit avec des ligatures, mais à quel prix! Il a fallu exercer de puissantes tractions sur la peau, ce qui a provoqué de très-vives douleurs, et quand l'inflammation se développe, elle débute avec violence: la peau se gonfle, rougit et ne tarde pas à se déchirer aux points ou les fils ont été placés; on a ainsi perdu les avantages de la réunion, et l'on a pour résultat des bords dentelés et qui se cicatrisent difficilement. Quelques coups de bistouri pouvaient cependant détacher les lambeaux dans l'étendue de deux à trois pouces, et la peau libre se laisserait facilement étendre pour couvrir toute la surface de la plaie sans ce tiraillement toujours si douloureux.

On n'est pas assez pénétré de cette vérité physiologique, que l'inflammation empêche l'agglutination, et rien ne la développe comme les tiraillements prolongés. C'est vous, Monsieur, qui, le premier, avez démontré l'importance pratique de ce phénomène, par les incisions latérales que vous avez faites pour isoler vos sutures.

Cette observation si vraie devait convaincre un grand nombre de chirurgiens, et cependant beaucoup résistent encore : parce qu'ils n'ont pas réussi dans leurs essais, ils ont accusé la méthode, tandis que c'est à eux seuls qu'ils devaient s'en prendre de leurs mécomptes.

Vous concevrez à peine, que des chirurgiens réunissent des plaies après avoir appliqué des ligatures, et que ces réunions sont opérées par la suture entortillée, de manière à ne laisser aucune issue aux liquides que ces ligatures font naître.

C'est cependant ce que nous voyons tous les jours dans nos hôpitaux, c'est ce que l'on professe tous les jours dans nos universités; en comptant les revers, personne ne pense à les attribuer aux ligatures que l'on a placées et qui agissent comme des corps étrangers dans le fond; il est bien désolant de voir la torsion des artères si délaissée, même par les partisans de la réunion. Que dire de ceux qui étreignent la poitrine, et la serrent comme dans un étaux. C'est sans doute très-joli de faire à une malade un corset très-régulier, très-coquet, de lui dissimuler la perte d'un organe précieux, mais après une opération, la douleur éteint les regrets, et ce que l'opérée désire le plus vivement c'est de pouvoir respirer. Quelques-uns de nos chirurgiens se sont particulièrement engoués de la compression qui a été employée pour tout, et par tous : ils en poussent l'exagération, jusqu'à faire leurs pansements avec des bandelettes agglutinatives, la poitrine en est cerclée afin de comprimer les tissus réunis avec des épingles : ce qui doit rassurer les patients, c'est que peu d'heures après, on coupe les bandelettes afin de faire cesser leur supplice; ils peuvent alors librement respirer. Lorsque les bandelettes sont coupées, elles sont écartées de plusieurs pouces, et cet agent, sur la puissance duquel on avait fondé de si belles espérances, devient inutile; cependant on a torturé le patient pendant plusieurs heures!....

Mais j'ai hâte de vous exposer quelques faits pour ne laisser aucun doute sur le mode de pansement que j'emploie.

AMPUTATION D'UN SEIN CANCÉREUX.

Réunion immédiate par glissement des lambeaux.

Mlle Marie, âgée de 44 ans, souffrait depuis trois années d'une tumeur dure, bosselée, enfermée dans la glande mammaire. Elle ne voulut pas se soumettre à l'ablation de cette tumeur, qui ne tarda pas à s'ouvrir. Les douleurs étant devenues plus violentes, elle consulta un chirurgien qui voyant l'état de l'ulcération se refusa à pratiquer cette opération; il conseilla quelques topiques palliatifs et en résumé laissa entrevoir à cette femme un avenir désespéré : c'est sous l'influence de ces idées qu'elle vint me demander un avis. Après avoir attentivement examiné la tumeur et exploré l'aisselle, après m'être assuré de l'état de santé des différents organes, je crus que l'opération pouvait être faite avec succès, parce que j'avais formé le projet de réunir les lèvres de la vaste plaie que j'allais ouvrir.

La tumeur envahissait toute la glande, et la peau était altérée dans l'étendue d'un pouce et demi au delà des limites du mal. Coupant toutes ces parties malades, j'avais pour résultat un ulcère de trois quarts de pied de longueur sur un demi de largeur, et le livrer à la suppuration c'était exposer les jours de la malade, ou créer une cicatrice qui serait indubitablement devenue le siège d'une récidive; elle devait être adhérente dans toute son étendue au grand pectoral, et chaque mouvement du bras devait l'irriter, et l'exposer ainsi à devenir de nouveau malade. Le 4 juin 1886, cette femme fut opérée en présence d'un grand nombre d'élèves.

Par deux incisions semi-lunaires, je traçai l'étendue des tissus que je devais emporter; alors accrochant la tumeur avec les doigts, je l'amenai en avant pendant que je la détachais des parties sous-jacentes. Le fond de la plaie était formé par le grand pectoral mis a nu comme après une dissection; je détachai aussitôt le lambeau supérieur qui fut disséqué de bas en haut dans l'étendue de trois pouces; le lambeau inférieur fut également séparé de ses adhérences dans la même étendue, et tous deux furent amenés par de légères tractions jusqu'à ce que leurs bords pussent se réunir; ils furent retenus dans cette position par de nombreux points de suture entrecoupée, et tout ce côté de la poitrine fut recouvert par des compresses froides.

La malade se coucha sans autre pansement. Diète absolue.

Le pouls devenu fréquent, la figure rouge, la soif vive, et la tête douloureuse, indiquaient la nécessité d'une grande saignée qui fut faite le soir. La nuit fut bonne, le lendemain matin il n'existait plus aucun symptôme fébrile. Trois jours après j'enlevai les points de suture; la réunion était formée dans toute l'étendue de la plaie. Ici comme dans toutes mes opérations, je n'avais placé aucune ligature; j'emploie exclusivement la torsion des artères, ce qui me permet de tenter des réunions immédiates, ou d'autres doivent laisser suppurer les plaies.

Jusqu'à ce jour, la malade s'est bien portée et il ne s'est manifesté aucun symptôme de récidive.

Ce succès m'enhardit à étendre plus loin ces déplacements de peau, et je pensai à prendre aux parties voisines des tissus pour former l'ouverture, suite de l'opération; j'eus la douleur de voir repousser les germes d'un cancer que j'avais enlevé, et dont la plaie avait suppuré; je fis à cette récidive l'application de la méthode nouvelle, comme vous pouvez le voir dans l'observation suivante.

CANCER ULCÉRÉ DE LA MAMELLE.

Amputation de la glande.—Plaie livrée à la suppuration.—Récidive du cancer.— Ablation de la nouvelle tumeur.—Introduction de l'air dans les veines.—Plaie réunie immédiatement par la transplantation d'un lambeau.

Mme D** âgée de 54 ans, reçut un coup au sein gauche; immédiatement après il se forma une tumeur dure et non douloureuse; ce calme apparent trompa la malade, qui ne demanda aucun avis, cette affection demeura indolente pendant six années, quand tout à coup, sans cause appréciable, des douleurs lancinantes fixèrent l'attention de Mme D**, qui consulta un médecin; on lui conseilla des applications de sangsues, des cataplasmes, des frictions narcotiques, etc., le tout en vain. Un mois après l'apparition des symptômes alarmants, le cancer s'ulcéra, et laissa couler au dehors un pus sanieux, les douleurs diminuèrent et disparurent bientôt; ne souffrant plus, Mme D** continua l'usage de cataplasmes, et ne voulut pas se laisser opérer.

Une année après, le retour des souffrances lui fit chercher quelques soulagements; elle vint à la consultation pour avoir un avis; je ne pus que lui présenter l'opération comme seule ressource, la suppliant de ne pas tarder, si elle voulait en retirer quelque avantage. Elle consentit enfin à se laisser débarrasser du mal qui compromettait son existence. Cette tumeur ulcérée, qui avait pris la place de toute la glande mammaire, était volumineuse; je ne pus conserver assez de peau pour réunir immédiatement, et comme la plaie que je venais de faire était très-vaste, je n'osai pas disséquer la peau dans une plus grande étendue pour en rapprocher les bords; je livrai donc cette surface à la suppuration; c'est une grande faute que j'ai commise.

Un mois après l'opération, la plaie était entièrement cicatrisée. Pendant une année, je cessai de voir Mme D**, quand un jour elle vint me parler d'une tumeur qui commençait à grandir dans la cicatrice. J'examinai la malade, et je vis avec chagrin que le cancer avait de nouveau jeté ses racines dans le lieu d'où il avait été arraché. Il ne fallait pas hésiter, une nouvelle opération était indispensable, je la proposai avec peine; elle fut acceptée avec résignation et supportée avec courage.

Ne voulant plus m'exposer à une suppuration interminable, je résolus de tenter la réunion immédiate, bien qu'il fut difficile de rapprocher les lèvres de la plaie, à cause de la cicatrice provenant de l'ancienne suppuration, et qui était restée saine dans ses deux extrémités; ma seule ressource était dans la transplantation d'un lambeau, que je devais emprunter sur un côté de la poitrine. Cette nécessité changeait aussi la direction des incisions que je devais tracer pour enlever le mal; voici comment j'opérai. (Pl. II.)

Je fis une incision presque parallèle à l'axe du corps, longue de trois pouces, et commençant à un demi-pouce au-dessus de la tumeur A G; au sommet de cette première incision, j'en traçai une seconde horizontale longue de six pouces et demi AB; une troisième oblique de dehors en dedans, descendant du milieu de l'horizontale vint rejoindre en angle aigu l'extrémité inférieure de la première D C; la tumeur ainsi bornée dans un triangle, fut disséquée. En divisant les tissus, nous entendîmes un bruit comme si l'air pénétrait dans la poitrine par une petite ouverture; je plaçai aussitôt mon poing fermé dans la plaie, la malade pâlit; je retirai le poing pour continuer l'opération; le sifflement se fit entendre de nouveau; c'était l'air qui se précipitait dans les veines. Je replaçai aussitôt le poing dans la plaie, la malade tomba en syncope, et fut couverte instantanément d'une sueur froide très-abondante; je priai M. le docteur Jerome, assistant à cette opération, de vouloir bien tendre les tissus, afin que je pusse continuer la dissection, n'osant

plus retirer le poing de la cavité qui renfermait la tumeur, et où le sifflement s'était fait entendre. Enfin la tumeur étant enlevée, les tissus se sont contractés; je retirai le poing, et le phénomène si redoutable ne reparut plus; je taillai alors mon lambeau pour fermer la plaie. De l'extrémité externe B de l'incision horizontale, j'en fis descendre une oblique et parallèle $\frac{AB}{BE}$ et la troisième que j'avais tracée pour limiter la tumeur; le lambeau disséqué de haut en bas, avait la forme d'un parallélogramme. Il fut déplacé et transporté sur le lieu où la tumeur avait vécu, et je l'y fixai par quatorze points de suture.

La syncope cessa pendant la dissection du lambeau; l'opération étant achevée, je fis coucher la malade, et la plaie fut recouverte par des compresses d'eau froide continuées pendant quatre jours. Diète absolue. Le lendemain, je dénouai le point de suture le plus inférieur, afin de laisser écouler les liquides renfermés dans la plaie. Le troisième jour après l'opération, j'enlevai tous les points de suture; le lambeau était adhérent dans toute l'étendue, la réunion immédiate était complète, linéaire, sans une seule goutte de suppuration. J'avais pu fermer entièrement la plaie, parce que j'avais arrêté l'hémorrhagie par la torsion et non par les ligatures des artères. Je cessai tout pansement, excepté quelques compresses froides dont je recommandai l'usage. Cette plaie qui avait plus de huit pouces d'étendue, fut fermée en trois jours; le cancer n'a plus reparu.

MM. les professeurs Lombard et Vottem ont vu la malade quelques jours après l'opération, et ils se sont assurés de l'entière réunion du lambeau.

§ IV.

Les opérateurs ont été découragés par cette continuelle reproduction du cancer aussi fréquente aux lèvres qu'au sein, de sorte que c'est avec peine et presque sans espoir, que l'on porte le couteau dans un organe ruiné par cette affection. Ces idées sont professées dans nos universités avec une conviction d'autant plus grande, que l'on a souvent l'occasion d'en démontrer la vérité par le nombre des récidives, car jamais on n'a fait dans les cliniques une seule transposition de lambeau, l'autoplastie n'y est jamais pratiquée; nous ne voulons pas ici rechercher les causes de ce dédaigneux abandon de la part des hommes qui, par leur position, doivent être au niveau de l'art qu'ils sont officiellement chargés d'enseigner. C'est avec crainte que j'abordais un cancer, dominé que j'étais par les idées de mes premiers maîtres. J'étais convaincu que l'opération que j'allais pratiquer n'était qu'un palliatif bien cruel. Les récidives suivies de mort que j'ai vues depuis dans ma pratique, m'ont souvent attristé en me prouvant l'insuffisance de la chirurgie.

Voici deux observations dont la fin malheureuse avait fait sur mon esprit une telle impression, que j'ai hésité longtemps avant d'amputer encore des cancers.

CANCER DES ORGANES GÉNITAUX.

Extirpation du mal.—Plaie traitée par l'eau froide; cicatrisation rapide.— Récidive suivie de mort.

Mme **, âgée de 53 ans, souffrait depuis plusieurs mois d'une vive douleur à la vulve : elle se confia aux soins de M. le docteur Desaive. Ayant examiné les parties malades, il prescrivit un traitement qui apporta quelque soulagement. Quelque temps après, la vulve devint dure, elle acquit un volume assez considérable, et en peu de jours, elle fut couverte par une grande ulcération.

M. le docteur Desaive crut que la chirurgie pouvait seule arrêter une telle désorganisation, et sur sa recommandation cette dame me fit appeler.

Voici quel était l'état des organes lorsque je les examinai : Une tuméfaction rouge donnait aux grandes lèvres un développement extraordinaire; en les écartant, on voyait à leur réunion au-dessus du méat urinaire une masse granuleuse qui avait englobé le clitoris; il s'en écoulait un liquide sanieux et d'une odeur insupportable; cette granulation proéminente, ulcérée, était grande comme une pièce de cinq francs à sa partie antérieure, et se terminait en pointe longue d'un pouce et demi vers la petite lèvre gauche.

Le seul moyen d'avoir raison dans la lutte qui allait s'engager était de déraciner le mal pour le dompter et le détruire. Je proposai une opération qui fut acceptée avec joie par la malade qui espérait une fin à ses maux, et par moi qui ne voyait pour elle d'autre chance de vie; l'avenir prouvera combien tous les deux nous avons été cruellement déçus.

Je pratiquai l'opération suivante en présence de MM. les docteurs Lombard, Desaive et Mottard.

Une incision en demi-lune sépara la partie inférieure du mal des tissus sains. Je fis une seconde division, plus allongée que la précédente, pour isoler entièrement la tumeur; alors l'ongle de l'indicateur gauche introduit dans la plaie inférieure servit de guide et de soutien au bistouri, pendant que la pulpe du doigt plaçait le canal de l'urèthre à l'abri des atteintes de l'instrument. Cette dissection fut longue et difficile; bien que la lumière fût portée sur ce triste tableau par des bougies, les replis de la membrane muqueuse projettaient des ombres qui, avec le sang provenant de la plaie, obscurcissaient les points sur lesquels devait agir mon scalpel.

La tumeur fut enfin enlevée. Les assistants purent s'assurer de l'intégrité du canal de l'urèthre disséqué dans la plaie.

La malade fut placée dans son lit et la plaie fut recouverte avec des compresses trempées dans l'eau froide. Une saignée de douze onces fut faite dans la soirée et la malade dormit une partie de la nuit.

Le troisième jour, la suppuration commença à s'établir, la plaie, d'un rouge vermeil, se couvrit de granulations qui bientôt s'affaissèrent en se resserrant; la cicatrisation se faisant sans obstacle, elle fut complète cinq semaines après l'opération.

Nous pensions la malade guérie quand tout à coup les douleurs lancinantes vinrent nous avertir qu'il se faisait une nouvelle désorganisation dans la profondeur des tissus; elle ne tarda pas à se montrer au dehors. Une ulcération blafarde exhalant une odeur semblable à celle qui avait existé avant l'opération, ne laissa plus l'espoir d'un doute sur la nature du mal qui reparaissait.

Une seconde opération n'était plus possible; après avoir traîné une misérable existence, cette malheureuse succomba dévorée par cette horrible affection.

Pouvait-on éviter cette récidive? Je penche pour l'affirmative, maintenant que nos expériences ont démontré la puissante action des lambeaux transposés; je pouvais opposer au mal un obstacle qui aurait arrêté son retour.

C'est en 1835 que j'ai opéré cette dame; votre travail (1) sur les transplantations venait à peine de paraître en Allemagne, nous ne connaissions pas encore les migrations que vous imposiez à vos lambeaux dans la cavité buccale pour guérir les fentes du palais. C'est là mon excuse, Monsieur, sinon j'aurais déplacé la muqueuse de la vulve ainsi que la peau extérieure pour les réunir et fermer la plaie si vaste que je venais de faire. Je n'ai pas eu jusqu'à ce jour l'occasion de pratiquer une semblable transplantation, mais je la conseille fortement parce qu'elle a réussi dans d'autres régions où il y avait des membranes muqueuses à réunir à la peau.

AMPUTATION DE LA LÈVRE INFÉRIEURE.

Le nommé Durand, du Condroz, portait un cancer qui avait détruit toute la lèvre inférieure. La mâchoire était restée intacte. Je fis amener le malade dans l'amphithéâtre de l'école, et, en présence de messieurs les élèves, j'enlevai le mal par le procédé suivant :

Une incision en demi-lune partant d'une commissure des lèvres passant sur le menton fut terminée à la commissure opposée, et quelques coups de bistouri détachèrent entièrement la tumeur.

Cette perte considérable de substance, fut diminuée par des points de suture qui rapprochèrent les bords de la peau jusqu'à la racine des dents inférieures. Bien qu'elle fut abondante, l'hémorrhagie nous inquiéta peu; les artères divisées furent tordues et l'écoulement du sang fut arrêté.

Le malade fut reconduit à son lit, on couvrit la face de compresses froides, le soir on pratiqua une grande saignée, les compresses furent continuées pendant trois jours, époque où j'enlevai les points de suture; la réunion était consolidée dans toute l'étendue de la plaie.

Le malade sortit guéri le dixième jour. Le mal reparut six semaines après; il fut opéré de nouveau à la campagne où il est mort des suites de son affection.

§ V.

Dans votre ouvrage, si riche d'expériences, vous avez décrit un procédé opératoire pour agrandir l'ouverture de la bouche dans les cas de stricture considérable; ce qui a particulièrement fixé mon attention dans cet exposé, c'est la manière dont la membrane muqueuse a été conservée pour recouvrir le bord labial. Ce fait que je connaissais, me fut rappelé d'une manière bien vive un jour que je vis Dupuytren extraire un cancer de la joue; pour enlever la tumeur, il dut la détacher de la membrane muqueuse où elle adhérait, et lorsque le mal fut emporté nous pûmes sentir la membrane muqueuse de la bouche réduite à sa seule épaisseur, elle avait été épargnée dans les envahissements destructeurs de la maladie; quelque temps après cette opération, M. Lisfranc publia un mémoire sur les cancers superficiels que l'on croyait profonds.

Cet écrit me fit impression et je me proposai de mettre à exécution les préceptes de ce grand chirurgien sitôt que l'occasion se présenterait.

Ayant fait quelques expériences sur des chiens vivants, je vis que l'on pouvait avec facilité détacher des parties sous-jacentes toutes les membranes muqueuses; ainsi, sur plusieurs sujets, j'isolai entièrement la membrane muqueuse labiale, qui fut attirée au dehors comme un sac entièrement libre. Lorsque l'on a fait l'incision sur les lèvres et que l'on a disséqué la muqueuse dans l'étendue d'un quart de pouce, on peut achever la séparation avec l'extrémité du manche du scalpel.

J'ai profité de cette disposition anatomique si précieuse dans un cas que je rapporterai tout à l'heure. Après avoir enlevé un cancer qui était enfermé dans l'épaisseur de la lèvre inférieure, et ayant eu soin de conserver la muqueuse labiale, j'amenai un lambeau cutané et je le fis souder sur la muqueuse elle-même, qui fut renversée en dehors pour former le bord rosé de la lèvre.

Voici cette opération :

CANCER DE LA LÈVRE INFÉRIEURE.

Amputation. — Déplacement d'un lambeau cutané. — Guérison.

La femme M** vint à Liége dans le mois de mai 1836, pour se faire guérir d'un cancer qui rongeait sa lèvre inférieure. Après avoir été examinée par M. le docteur Desaive, elle vint se confier à mes soins. L'amputation de cette dégénérescence était le seul remède à ce mal. Je lui proposai une opéra-

(1) *Chirurgische Erfahrungen.*

tion qui devait être longue et pénible à supporter par les difficultés d'exécution; elle accepta avec empressement.

La tumeur avait germé dans l'épaisseur de la lèvre et son accroissement s'était fait en écartant ses parois, de sorte que la membrane muqueuse restée intacte avait abandonné les couches sur lesquelles elle reposait; la tumeur en augmentant de volume avait porté en haut et en avant son action désorganisatrice : le bord libre de la lèvre ulcérée fournissait un liquide sanieux et fétide. Cette ulcération avait l'étendue de deux pouces en travers et de 3/4 de pouce en hauteur; la tumeur indurée descendait jusqu'à la ligne transversale du menton.

Après avoir reconnu l'état des parties, et m'être assuré de l'intégrité de la muqueuse, je fis l'opération suivante en présence d'un nombreux auditoire dans l'amphithéâtre de l'école. (Pl. II.)

J'ai commencé par une incision transversale A C sur le bord muqueux de la lèvre, et passant derrière la tumeur. L'écoulement du sang qui fut très-abondant me gêna beaucoup. Après avoir fait tenir par un aide une éponge trempée dans l'eau froide sur la lèvre incisée, je pus continuer. Une incision courbe fut dessinée de la commissure labiale A jusqu'au point B. Une seconde incision fut tracée de l'autre commissure C jusqu'au point D. La tumeur fut ainsi entièrement isolée et je réussis par une dissection attentive à la détacher de la membrane muqueuse qui fut laissée à nu dans toute son étendue.

Cette membrane muqueuse fut fixée par des pinces à dents de souris, afin de la tendre pour la détacher de ses adhérences aux gencives. Cette dissection est d'une grande importance, parce que l'on augmente ainsi l'étendue du lambeau muqueux, et l'on active le travail de cicatrisation en contraignant les tissus à chercher un sol où ils puissent prendre racine et puiser leur nourriture. C'est seulement après avoir ainsi préparé le terrain que j'ai taillé le lambeau pour le greffer sur la face saignante de la muqueuse.

M. le docteur Laurent, placé derrière la malade et chargé de maintenir la tête, la renversa pour présenter l'espace intermaxillaire où l'emprunt fut fait. Un des côtés du lambeau fut décrit par une incision à convexité extérieure conduite du point F au point G. Une seconde du point G au point H traça la forme que devait avoir le bord libre de la lèvre, et enfin une troisième incision moins longue que les précédentes limita l'étendue du lambeau. Comptant sur une rétraction d'un tiers, je lui avais donné deux pouces de largeur. Les parties latérales de la plaie produites par l'extirpation du mal furent détachées de l'os maxillaire dans l'étendue d'un demi-pouce, comme s'il se fût agi de faire l'amputation de la mâchoire. C'est alors que j'ai ramené le lambeau dans le lieu où il devait se créer une vie nouvelle. Jusque-là, le pédicule fournit à sa nutrition. La disposition des incisions permit de le placer dans la plaie sans lui faire subir une torsion, mais seulement un mouvement de bas en haut. Ce résultat avantageux est dû surtout à une incision supplémentaire B E. Le pédicule I F, large d'un demi-pouce, renfermait assez de vaisseaux pour ne pas compromettre la vie du lambeau. Les sutures furent alors placées.

Il est important de commencer la réunion par la plaie faite par l'emprunt des tissus cutanés. En rapprochant les bords de cette plaie, on forme un plan solide qui soutient le pédicule et le maintient en place; c'est une chose assez remarquable de voir le lambeau, s'il n'est pas soutenu par dessous, chercher à descendre en entraînant avec lui la membrane muqueuse. Cet inconvénient est facilement évité par les fils que l'on place dans la plaie de l'espace intermaxillaire. La peau de cette région si lâchement attachée qu'elle soit aux parties voisines, ne permet pas une réunion immédiate, c'est en vain que l'on essaie de mettre ses lèvres en contact, on détermine des douleurs vives par la compression de la peau sur la mâchoire, et l'on déchire les téguments par les sutures trop tendues; il faut se contenter de diminuer la surface de la plaie. Le lambeau destiné à corriger la difformité est avec les autres tissus dans les rapports suivants : Le point G vient au point A, le point H au point C, et le point I au point F.

La membrane muqueuse qui avait été conservée avec tant de soins, fut ramenée sur le bord supérieur du lambeau, renversée en dehors et cousue par six points de suture entrecoupée; les autres côtés furent attachés par un très-grand nombre de nœuds.

Lorsque le lambeau fut entièrement détaché, il pâlit, se roula sur lui-même, perdit un tiers de son étendue et devint froid. Ce sont du reste les phénomènes que l'on remarque presque chaque fois que l'on détache un morceau de peau.

Cette opération fort longue fut achevée sans une grande perte de sang et supportée avec un grand courage. Le malade fut couché, et l'on couvrit la face avec des compresses froides. Dans la soirée le pouls était plein, la peau très-chaude, la tête fort douloureuse. On fit une saignée d'une livre qui appaisa les douleurs et rendit du calme.

Le lendemain matin, la fièvre était aussi forte que la veille au soir, la saignée fut répétée, les compresses froides furent continuées, mais on en appliqua également sur la tête; la malade prit de la limonade froide et fut soumise à une diète absolue; le lambeau se tuméfia, devint rouge et luisant comme s'il avait été recouvert d'une couche de vernis. Je fis avec la lancette un grand nombre de scarifications d'où il s'écoula un sang vermeil. Les compresses froides furent continuées pendant cinq jours; alors j'enlevai les points de suture, la réunion était complète dans toute l'étendue du lambeau, excepté au pédicule où une surface large comme un demi-franc suppura pendant dix jours; la plaie de l'espace intermaxillaire fut entièrement cicatrisée trois semaines après l'opération.

Un mois après son entrée à l'école, le malade partit guérie.

Le peu d'accidents qui résultent de ces vastes déplacements et l'intégrité des lambeaux dépendent du traitement actif qu'on leur fait subir. Dans ces derniers temps MM. Blandin et Roux de Brignolles ont condamné la médication que vous appliquez à vos lambeaux ; nous examinerons la valeur comparée des deux opinions dans une autre lettre. Néanmoins je rapporterai un fait qui démontrera avec évidence l'action puissante des évacuations sanguines dans le but de prévenir l'asphyxie des lambeaux.

RHINOPLASTIE.

M. Sotiau, âgé de 24 ans, fut atteint en 1828 d'une ulcération qui dévora la voûte palatine, ainsi que la cloison médiane des fosses nasales, la sous-cloison et la pointe du nez. La force rétractile des cicatrices avait retiré en arrière les ruines de ce nez, et les retenait dans la profondeur des fosses nasales. L'aspect de cet homme était repoussant ; devenu un objet de dégoût pour ceux qui l'entouraient, blessé dans quelques affections de famille, il sentait amèrement la perte de cet organe, lorsque, devenu malade, il fit appeler un médecin qui lui donna le conseil de se faire construire un nouveau nez.

M. Sotiau vint me consulter. Lorsque j'eus examiné ce qui restait de l'ancien organe, je crus que l'on pouvait en former un nouveau, en faisant subir au front une petite perte de substance. Cependant ne connaissant pas le degré des adhérences qui retenaient les parties engouffrées dans les fosses nasales, je dus faire deux plans d'opération ; l'un pour reconstruire un nez sur les ruines du précédent, l'autre pour démolir le tout, afin de bâtir à neuf, si les fondations étaient mauvaises. Je dessinai en conséquence sur le front un grand lambeau qui devait me servir pour le cas où le premier plan ne serait pas exécutable, et je traçai le dessin d'un second lambeau plus petit, pour fermer les ouvertures que j'allais pratiquer, si mon second plan devenait inutile.

MM. les professeurs Lombard et Morren, et MM. les docteurs J. Vaust, J. Ansiaux, Brayer et Fourdrin, furent présents à cette opération.

Je fis d'abord une incision transversale pour diviser horizontalement les tissus affaissés. La douleur causée par le bistouri fut telle, que le malade fut pris d'une syncope et couvert de sueur ; après avoir fait sur la tête des ablutions d'eau froide pendant dix minutes, le malade recouvra ses sens, mais la douleur produite par cette incision et la dissection qui en fut la suite, ébranlèrent sa résolution, et il ne voulut plus laisser continuer l'opération.

Certes, dans ce moment, ma position d'opérateur était aussi critique que celle de l'opéré ; il fallait continuer contre la volonté du malade, ou l'abandonner dans un état affreux. C'est qu'en effet sa physionomie était hideuse : que l'on se figure une face ouverte par le milieu avec deux lambeaux flottants et poussés en avant par chaque expiration, le sang que sans cesse il expulsait par les fosses nasales, et les yeux abattus par la douleur. Dans cet état, abandonner le malade eût été une faiblesse condamnable ; il fallait agir d'autorité sur l'esprit de l'opéré ; il fallait continuer de force ; c'est ce que j'ai fait. Quand il fut bien convaincu que ses plaintes ne changeraient en rien ma résolution, il s'abandonna entièrement et l'opération fut continuée sans entrave. Il la supporta avec un courage qui ne se démentit plus un seul instant.

La première incision me permit de passer le doigt dans les fosses nasales pour les explorer ; je pus alors sentir les brides inodulaires qui avaient renversé en arrière les ailes du nez. Après une dissection longue, pénible et douloureuse, je parvins à les ramener au dehors ; j'étais alors fixé sur le plan de mon opération ; je pouvais me servir du petit lambeau dessiné sur le front et ne faire éprouver à cette partie qu'une perte de substance large d'un pouce et demi. Le bistouri divisa la racine du nez, qui fut disséquée latéralement dans l'étendue de trois lignes de chaque côté, afin de recevoir le pédicule du lambeau. Ce dernier, détaché du front, fut taillé jusque dans le grand angle de l'œil. Je procédai de suite à la réunion de la plaie du front, en ayant soin de ne pas rapprocher le centre que je livrai à la suppuration. Cette plaie fut réduite à la dimension d'une pièce de deux francs ; en faisant d'abord le pansement, l'écoulement du sang était arrêté, et je pouvais commencer à attacher le lambeau, qui fut lavé pour enlever le sang noir qui recouvrait sa face postérieure et ses bords. La face celluleuse ne se couvrit plus de sang lorsqu'elle fut épongée, mais les bords en fournirent une quantité assez grande, ce qui fut cause de quelques retards dans l'opération : je ne voulais pas coudre le lambeau avant la cessation de l'hémorrhagie. Lorsque le lambeau fut détaché, il se contourna sur lui-même et devint blanc et froid ; la sensibilité y fut aussitôt anéantie, et les aiguilles passèrent un grand nombre de fois à travers son épaisseur, sans que le malade pût s'en apercevoir.

La première incision transversale qui avait permis aux ailes de s'écarter, avait changé la forme de la perte de substance : ainsi, au lieu d'un trou formé par l'incision, les ailes en s'avançant laissaient un vide représentant un losange. Je dus alors tailler mon lambeau pour l'approprier à cette disposition, et de manière à conserver une languette assez longue pour établir la sous-cloison ; je fixai la forme de cette dernière en la pliant en deux, de manière à mettre en contact ses surfaces saignantes, qui furent ainsi maintenues par un point de suture. Toutes ces dispositions prises, je commençai la construction du nouveau nez. Le morceau de peau fut appliqué sur les fosses nasales et quarante points de

suture entrecoupée furent nécessaires pour fixer le lambeau sur l'ancien moignon. Arrivé à la base du nez, je renversai la sous-cloison pour la coudre dans une incision que j'avais pratiquée à la lèvre supérieure : cette languette de peau fut attachée par deux points de suture entortillée.

Le malade perdit une très-grande quantité de sang.

J'ai dit que le lambeau avait perdu toute sensibilité : pour bien m'assurer de ce fait, j'enfonçai dans plusieurs endroits la pointe de mon scalpel; le malade ne s'en aperçut pas. Ce morceau de peau resta pâle et froid jusqu'au point où le pédicule avait subi son mouvement de torsion.

Le malade fut couché, et la tête et la face recouvertes de compresses trempées dans l'eau froide. Un aide fut placé de garde, afin de continuer les lotions d'eau glacée.—Diète absolue.

Deux heures après l'opération, le lambeau se colora et devint un peu chaud.

Six heures après, il avait acquis un volume considérable, et la chaleur s'était de beaucoup élevée: dès ce moment, je fis sur le lambeau l'application d'une nuée de sangsues, et lorsqu'elles furent tombées, on laissa les piqûres béantes, afin de permettre au sang de s'écouler librement.—Continuation des lotions d'eau froide.

Le lendemain matin, je fis de nombreuses scarifications sur le lambeau; il s'en écoula un sang vermeil. Je répétai ces scarifications de deux en deux heures.— Continuation de la diète et des lotions.

A trois heures après-midi, le pouls était tendu et la face tuméfiée. Je fis pratiquer une saignée de seize onces; le malade prit un pédiluve sinapisé, pendant lequel on lui versa continuellement de l'eau froide sur la tête et sur la face. Je fis de nouvelles scarifications.

Le lendemain au matin, j'enlevai un point de suture; la réunion était faite. Pendant la journée, j'en ôtai successivement trente-deux. Enfin le troisième jour, j'enlevai les derniers morceaux de fil. Le nouveau nez était partout adhérent.

Le troisième jour après l'opération, je commençai à avoir de bien vives inquiétudes. Dans la matinée, il était survenu brusquement un érysipèle qui envahissait les deux joues; le gonflement fut si grand et si rapide que les yeux étaient entièrement cachés par les paupières et formaient deux gros bourrelets. La tête était très-douloureuse, une soif ardente tourmentait l'opéré, le pouls était plein et fortement tendu, la circulation était fort activée et la chaleur du corps avait beaucoup augmenté. Je fis aussitôt pratiquer une grande saignée, et les compresses qui recouvraient la figure furent continuellement arrosées avec de l'eau froide mêlée à l'extrait de saturne. Des bains de pieds sinapisés furent prescrits, ainsi que des ablutions froides sur la tête, pendant que le malade avait les pieds dans l'eau chaude.

La nuit fut assez calme, les douleurs de tête diminuèrent et le malade put dormir.

Le lendemain, on continua la même médication; la soif n'était plus aussi ardente, l'opéré buvait l'eau froide avec un plaisir extrême : un lavement d'eau de lin provoqua une selle, et bientôt tous ces symptômes effrayants disparurent.

Les joues conservèrent pendant plusieurs jours une couleur jaune mêlée de taches brunes qui ressemblaient à de fortes contusions. Il semblait au premier abord que le malade avait reçu des coups violents qui l'avaient ainsi meurtri.

Je l'abandonnai pendant huit à dix jours.

Corrections.

On a pu voir dans la description du procédé opératoire, que j'avais conservé les restes de l'ancien nez, c'est-à-dire les deux ailerons qui étaient retirés dans l'intérieur des fosses nasales par les tissus des cicatrices. J'avais enlevé en partie ces brides inodulaires, mais livrées à la suppuration, ces parties internes ont de nouveau été ramenées en arrière, moins fortement cependant, parce que le lambeau formant le nez opposait une résistance à cette force de rétraction. Néanmoins, il était resté sur chaque côté du nez deux dépressions longues de quatre à cinq lignes, et larges d'une demi-ligne, qui ôtaient à l'organe la régularité de ses faces latérales. Je crus que le temps des corrections était arrivé, lorsque je vis que les tissus avaient acquis une grande résistance, et que l'engorgement avait disparu. Le 4 novembre, trois semaines après l'opération, je pratiquai la correction suivante : je fis une incision longitudinale sur l'aileron gauche, dont je disséquai toute la peau, en la détachant de son cartilage; je pus former ainsi un petit lambeau libre et pouvant se soustraire à la puissante action des inodules : j'enlevai ensuite de la cicatrice latérale du nouveau nez une petite languette de peau de six lignes de longueur et d'une demi-ligne de largeur, et je réunis ces parties par trois points de suture. La plaie fut recouverte de compresses froides et le malade soumis à la diète. Pendant la journée, le nez se tuméfia considérablement et fut très-douloureux; la nuit fut bonne. Le lendemain matin, le malade était très-bien; mais le soir, il survint un érysipèle avec gonflement, qui colora rapidement toute la face du côté opéré. Je fis faire une application de sangsues sur les bords de l'ancien moignon et sur le nez nouveau, et après leur chute on couvrit la face avec des compresses froides. La diminution des accidents ne se fit pas attendre, et j'enlevai les points de suture deux jours après. Aujourd'hui, Sotiau est entièrement guéri, et jouit de tous les avantages d'un organe dont il était privé depuis dix années.

La plaie du front est entièrement cicatrisée, et laisse des traces à peine visibles.

Je devrai faire une seconde correction pour effacer le pédicule.

Il doit vous paraître étrange d'entendre encore élever la voix en faveur de la doctrine adhésive, mais en Belgique les réunionistes sont peu nombreux. Les professeurs Kluyskens de Gand et Ansiaux de Liége ont toujours ramené la cicatrisation à la suppuration. Ces hommes d'un grand mérite, ont subi l'influence des doctrines médicales de leur époque : ils ont fait un grand nombre d'élèves qui ont persévéré dans la voie que ces maîtres leur avaient tracée. Aussi c'est là qu'il faut chercher la cause de l'oubli qui a pesé sur l'autoplastie en général.

J'ai publié ces faits, bien qu'ils ne soient pas nombreux : pour avoir de la valeur il suffit qu'ils aient été bien observés, et que des garanties suffisantes témoignent de leur authenticité; comme il s'agit d'un point de doctrine nouveau, ils seront utiles parce que dans les sciences un fait a une autorité absolue, ils sont l'extension d'une idée que vous avez émise dans vos leçons, c'est pour cela que je vous les ai soumis. Cette idée générale sera féconde en beaux résultats, et je crois avec M. Blandin qu'une ère nouvelle va s'ouvrir pour la thérapeutique du cancer que le chirurgien peut atteindre.

Liége, mars 1839.

Considérations sur la fièvre typhoïde et principalement sur la détermination de ses caractères anatomiques essentiels; par M. VALLEIX, médecin du bureau central des hôpitaux.

(2e article.—Voir cahier de février, p. 107.)

Nous avons, dans le précédent article, passé en revue les faits de quelque valeur présentés comme prouvant que l'affection typhoïde peut exister sans lésions spéciales de l'intestin, et nous avons montré que deux d'entr'eux seulement pouvaient soutenir l'examen. Puis, nous avons exposé les raisons qui portent à croire que dans ces deux cas le diagnostic avait été erroné. Nous avons maintenant à suivre sur un autre terrain les médecins qui regardent comme non constante et non caractéristique l'altération des follicules de Peyer dans l'affection qui nous occupe. Il n'en est pas un seul qui, après avoir cherché à faire valoir les faits que nous avons déjà cités, n'ait terminé par invoquer ce qui se passe en Angleterre, et n'ait appelé en témoignage les auteurs qui ont observé la fièvre continue, ou le *typhus fever*. Il s'agit donc d'examiner les principaux travaux publiés sur ce sujet.

Nous trouvons dans le *journal hebdomadaire de médecine* (1) des documents, fournis par le professeur Alison, sur la fièvre épidémique d'Angleterre. Pour quiconque lit cet article sans idée préconçue, il est évident que la confusion la plus grande régnait dans l'esprit du professeur d'Edimbourg lorsqu'il a décrit cette fièvre épidémique. On ne trouve dans ce qu'il en dit ni ordre, ni méthode, ni description exacte, en sorte que son travail perd presque toute sa valeur et nous réduit, pour ainsi dire, à de simples conjectures. On voit d'abord (p. 607) que l'auteur a rencontré des cas dans lesquels la fièvre était compliquée de quelque affection dangereuse du thorax ou de l'abdomen. Il était, ce nous semble, important de s'appesantir sur la description de ces complications; de prouver qu'elles étaient réellement des complications; qu'elles n'étaient pas au contraire des inflammations primitives qui avaient produit les symptômes fébriles, au lieu de se trouver sous leur dépendance. M. Alison se borne à signaler quelques altérations du poumon; des ulcérations de l'intestin dans quelques cas; d'autres lésions chez d'autres sujets, sans indiquer avec précision l'époque de l'apparition des symptômes correspondants à cette lésion, leur nature, leur intensité, et sans comparer, sous le rapport de la marche et de la forme de la maladie, les cas dans lesquels les ulcérations existaient avec ceux où il n'y en avait pas. Quelles conclusions tirer de faits exposés ainsi ?

Qu'est-ce d'ailleurs que la description suivante? « La mort survient dans des circonstances très-différentes à la suite de la fièvre. Quelques malades » meurent dans un état de coma, un petit nombre » *peu de temps* après le début de la maladie, » en conservant presque jusqu'à la fin un pouls » ferme, et après que tout espoir de guérison est » évanoui; *d'autres meurent comme dans un* » *état apoplectique. Plusieurs succombent évi-* » *demment asphyxiés; la respiration est la* » *première fonction atteinte;* et le pouls ne s'affaisse qu'après que la dyspnée très-forte et la lividité générale démontrent que le sang n'est plus » assez artérialisé pour entretenir la vie. J'ai vu » quelques malades chez lesquels la mort commençait aussi clairement par les poumons que dans la » pneumonie ou l'hydro-thorax ; d'autres, sans » perte de la sensibilité et sans aucune affection » matérielle de la respiration, s'affaiblissaient rapidement aussitôt après l'apparition des symptômes, » ou bien ils étaient épuisés un peu plus lentement » par le travail morbide, et chez eux la mort paraissait survenir plutôt par simple asthénie que » par l'effet du coma ou de l'asphyxie. Dans ces cas, » tantôt on n'observa aucune lésion locale de quel-

(1) 1828, tome I, p. 603 et suiv.

» que importance ; tantôt la mort parut due à la » complication de la fièvre avec une lésion de l'ab» domen, manifestée par les vomissements, la dou» leur, la sensibilité, la diarrhée ou le melœna. »

Le lecteur se demandera sans doute comment on a pu voir dans cet amas de symptômes incohérents, nous ne disons pas une preuve, mais quelques probabilités de l'existence d'une fièvre typhoïde en pareil cas. Comment surtout a-t-on pu admettre cette existence lorsque les travaux les plus importants sur l'affection typhoïde avaient déjà été publiés ? Quant à nous, nous ne craignons pas d'être contredits en avançant qu'on peut mourir dans *un état apoplectique* ou *d'asphyxie évidente*, sans que pour cela on doive être regardé comme atteint de fièvre typhoïde. Rien ne prouve mieux combien le défaut de critique est funeste dans les sciences, que la rapidité avec laquelle ces opinions du professeur Alison se sont répandues dans le public médical, et que le crédit qu'elles ont trouvé partout. Chacun a cité ces faits sans les examiner et sans se demander si l'existence de la fièvre typhoïde s'y trouvait mise hors de doute. Or, comme on vient de le voir, une simple lecture suffit pour prouver le contraire.

Il est donc entièrement inutile d'insister sur l'examen du mémoire de M. Alison qui pèche par la base. Que nous importe que ce professeur n'ait pas trouvé de lésions intestinales dans des cas qui appartenaient probablement à toute autre affection qu'à celle dont nous nous occupons ?

M. Dalmas a aussi rapporté les faits dont il prit connaissance dans son voyage en Angleterre pendant l'année 1827. Ayant visité Londres, Edimbourg et Dublin, il recueillit les opinions des médecins les plus recommandables ; mais, dit-il, ces opinions sont bien loin d'être identiques : dans chacune des trois capitales elles présentent des différences que M. Dalmas regarde comme tenant aux différences mêmes de la maladie et qu'il expose de la manière suivante (1) :

« A Londres, où le dénûment est moins grand, la forme épidémique est moins marquée ; le caractère contagieux n'est pas, il s'en faut de beaucoup, universellement reconnu ; les symptômes ressemblent assez à ceux de la fièvre adynamique de Paris ; et, relativement aux lésions, on s'accorde à en placer le principal siége dans l'abdomen ; les follicules de la membrane muqueuse sont même signalés comme étant le plus souvent affectés ; ces lésions ont été décrites par MM. les docteurs Hewett et Chambers, médecins de l'hôpital Saint-Georges, ainsi que par M. le docteur Bright, médecin de l'hôpital de Guy ; je me contenterai de citer les paroles du dernier, qui est l'auteur le plus récent : « Mais cette injection se lie *le plus souvent* à l'inflammation des glandes muqueuses (follicules). Elles paraissent sous la forme de boutons varioliques arrivés au second et au troisième jour. Elles sont élevées, transparentes, couvertes de petits vaisseaux ; quelquefois elles semblent dans un véritable état de suppuration, distendues par une matière caséeuse, puis elles se rompent par l'effet de cette distension, ou bien elles s'ulcèrent par l'extérieur. » Il en résulte, ainsi que d'autres renseignements qui m'ont été fournis, qu'à Londres, ce que les Anglais appellent la fièvre ressemble assez à la nôtre, et qu'on trouve presque aussi souvent les intestins malades.

» En Irlande, contrée bien autrement malheureuse, sur toute la surface de laquelle végète une population en proie au dénûment le plus absolu, la fièvre, car c'est toujours le nom qu'on emploie, se montre avec d'autres caractères. Existant constamment çà et là sur des points isolés, elle sévit par moments avec plus d'intensité, devient épidémique, et dans l'acuité de ses symptômes va quelquefois jusqu'à prendre l'apparence de ceux de la fièvre jaune. On me parla de plusieurs cas de ce genre lorsque j'arrivai à Dublin, mais je ne pus les voir, il était trop tard de quelques jours ; l'épidémie décroissait rapidement, et déjà l'on évacuait les salles surnuméraires qu'il avait fallu élever dans les cours. Je vis cependant quelques autopsies, en trop petit nombre à la vérité pour en tirer des conclusions, mais je m'informai auprès des personnes les plus capables de savoir à quoi s'en tenir, je consultai la plupart des médecins qui sont à la tête des nombreux hôpitaux de cette grande ville, et leur opinion est à peu près uniforme en ceci, que la maladie consiste en un trouble fébrile accompagné de symptômes céphaliques chez l'un, thoraciques chez l'autre, abdominaux chez un troisième, avec cette circonstance que les symptômes abdominaux se montrent plus souvent que les autres ; aussi l'ulcération des plaques de Peyer est-elle parfaitement connue à Dublin. Voici ce qu'en disent MM. les docteurs Graves et Stokes dans un compte-rendu des principaux faits observés à l'hôpital de Meath pendant l'année 1827 ; ils parlent de l'inflammation des glandes de Peyer : « Telle est, dans l'excellent ouvrage du docteur Billard, la description de cette altération. Nous pouvons répondre de son exactitude, ayant eu occasion de l'observer nombre de fois pendant la fièvre épidémique qui règne à présent. »

» Mais c'est à Édimbourg que la dissidence est la plus forte : là le caractère contagieux est admis presque sans restriction ; les symptômes abdominaux ne sont ni les plus communs ni les plus dangereux, et MM. les professeurs Duncan et Alison, ainsi que la plupart de leurs élèves, parmi lesquels je dois particulièrement citer mon jeune et savant ami, le doc-

(1) Journ. hebd., 1838, tome I, page 601 et suivantes.

teur Henri de Manchester, m'ont affirmé que souvent les glandes de Peyer étaient aussi peu saillantes que dans l'état naturel. M. Alison a imprimé depuis, et avec plus de détails, ce qu'il me disait en 1827. »

Que conclure de faits semblables? M. Dalmas n'a pas pu voir suffisamment les malades pour être sûr que le diagnostic a été bien porté; qu'il n'y a eu aucun symptôme étranger à la fièvre typhoïde; que les symptômes importants ont réellement existé; que la marche de la maladie surtout n'a différé en rien de celle qu'on observe dans l'affection typhoïde. A Londres et à Edimbourg, il n'obtient que des renseignements; à Dublin, il ne voit que des autopsies; est-ce assez pour tirer une conclusion rigoureuse? Si M. Dalmas avait pu suivre quelques malades, s'il avait recueilli les observations, et s'il les avait complétées par l'ouverture des corps, il faudrait se rendre: car sans doute un observateur aussi éclairé n'eût pas manqué de noter tous les traits de ressemblance entre eux des divers cas de *typhus fever* avec ou sans lésion intestinale. Mais nous avons déjà vu, par la manière dont le professeur Alison a traité la question, qu'il ne faut pas s'en fier trop légèrement à de simples renseignements. Nous verrons d'ailleurs, plus loin, que l'observation plus attentive des faits a modifié, à cet égard, les opinions des praticiens les plus distingués de l'Angleterre.

Jusqu'à présent, nous ne trouvons aucun motif de regarder comme des cas d'affection typhoïde ceux que les observateurs anglais ont cités comme des exemples de *typhus fever* sans lésion intestinale. Un médecin de Genève, M. Lombard, dans un voyage qu'il fit aussi en Angleterre, crut avoir vu la preuve irréfragable de ce qu'avait déjà signalé M. Dalmas. Une lettre adressée au docteur Graves (1), et traduite dans ce recueil même (2), nous fait connaître les faits qui l'ont le plus frappé.

M. Lombard après avoir déclaré que depuis dix ans qu'il étudiait la fièvre typhoïde avec le plus grand soin, et pendant lesquels il en avait vu grand nombre de cas se terminer par la mort, il n'en avait pas rencontré un seul où le canal intestinal ne présentât pas la lésion spéciale, dit qu'il fut tellement frappé de la ressemblance qui existait entre les fièvres d'Angleterre et la fièvre typhoïde, qu'il s'attendait nécessairement à trouver la même lésion dans l'intestin d'un cadavre qu'il eut occasion d'ouvrir. « Son étonnement, dit-il, fut extrême de ne pouvoir découvrir la plus légère trace de cette altération morbide dans aucune partie des voies digestives, qui étaient parfaitement intactes, à l'exception d'un peu de rougeur et de ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, état qui pouvait être un résultat d'inflammation, mais qui reconnaissait beaucoup plus vraisemblablement pour cause une congestion vasculaire, qui s'était produite pendant la dernière période de la maladie ou même pendant l'agonie. »

M. Lombard ne céda pas encore; les nombreux faits qu'il avait vus à Genève lui revinrent malgré lui à l'esprit, et il ne put faire autrement que de regarder le cas observé en Angleterre comme tout à fait exceptionnel. Mais à son arrivée à Dublin, il rencontra si fréquemment des cas semblables qu'il ne put s'empêcher de se rendre à l'opinion des médecins de Glasgow et de Dublin, qui l'assurèrent que les altérations morbides qu'il comptait trouver à l'autopsie ne se présentent que dans un tiers des cadavres qu'on examine.

On s'attend, après ce préambule, à trouver dans les faits que va rapporter M. Lombard une ressemblance parfaite avec les cas de fièvre typhoïde qu'il avait observés jusqu'alors. Or, voici le résumé des détails contenus dans sa lettre. « Les traits extérieurs de la maladie sont, dit-il, les mêmes. On retrouve la douleur de tête, la douleur lombaire, la prostration des forces, la peau chaude et brûlante, la même dépression des traits du visage, la langue chargée, desséchée et comme brûlée, et dans les dernières périodes de la maladie, la même tendance à la formation des ulcères aux parties sur lesquelles porte le poids du corps, ainsi qu'aux selles involontaires. » On ne peut nier, sans doute, qu'un grand nombre de ces symptômes ne se rencontrent dans l'affection typhoïde; mais suffisent-ils pour la caractériser? La douleur de tête, même au début, circonstance que M. Lombard aurait dû noter, se rencontre également dans les autres affections qui présentent un appareil fébrile intense. Mais ce qui est moins commun, ce sont les bourdonnements d'oreilles, la surdité, l'affaiblissement de la vue, les éblouissements, que M. Lombard ne mentionne pas. Quant à la douleur lombaire, les cas dans lesquels elle se montre d'une manière remarquable, chez les sujets affectés de fièvre typhoïde, ne sont pas à beaucoup près les plus fréquents. La prostration des forces est certainement digne de remarque; mais ce qui ne l'aurait pas moins été, c'eût été de rechercher s'il y avait plus ou moins fréquemment des soubresauts des tendons, des contractures musculaires; tous signes qui annoncent une grande perturbation du système nerveux. Remarquons, enfin, que M. Lombard n'a garde d'oublier la langue desséchée et comme brûlée, phénomène morbide qui préoccupe à un point extrême tous ceux qui n'ont pas étudié la valeur des symptômes à l'aide de l'analyse rigoureuse.

(1) The Dublin journal, n° 28.

(2) Archiv. gén. de médecine; deuxième série, tome 12; 1836, page 83 et suivantes.

Mais ce qui est le plus à regretter dans le laconisme de cette description, c'est l'absence de tout renseignement sur la marche de la maladie. On sait pourtant que l'étude de cette marche est incomparablement plus importante dans l'affection typhoïde que dans toute autre. On peut même dire qu'elle est plus utile à bien connaître que les symptômes eux-mêmes; car, dans les cas douteux, c'est surtout elle qui sert à établir le diagnostic. Il y avait douleur de tête, mais à quelle époque? La prostration des forces était-elle notable dès le début et hors de toute proportion avec la gravité des symptômes? Questions du plus haut intérêt, auxquelles nous désirerions trouver une réponse dans la lettre de M. Lombard.

En joignant aux signes que nous venons d'exposer les complications du côté du poumon et de l'encéphale, on a, suivant M. Lombard, les signes communs aux deux maladies. Laissons-le nous faire connaître lui-même les différences. « Après avoir, ajoute-t-il, établi les signes communs, qu'il me soit permis de signaler les principales différences. D'abord, l'éruption papuleuse, *ou semblable à celle de la rougeole*, qui est constante dans la fièvre typhoïde du continent, mais qui n'acquiert jamais une grande étendue ni une grande importance, est, en Angleterre, beaucoup plus remarquable, tant sous le rapport de l'apparence que sous celui de la quantité; car j'ai vu des cas où cette éruption était aussi étendue que celle qui caractérise les maladies exanthématiques, et rappelait les pustules papuleuses qui couvrent la peau au début de l'éruption d'une petite-vérole confluente. Dans les cas graves, cette éruption est mêlée avec de véritables pétéchies, et dans les cas les plus dangereux avec des papules livides ou *vibices*, symptôme qui est excessivement rare sur le continent. »

Cette première différence, qui n'a pas dû paraître d'une importance majeure à M. Lombard, puisqu'il ne s'agit que de la plus ou moins grande intensité d'un symptôme, doit être néanmoins soigneusement notée par nous; car, ainsi que nous le verrons plus tard, elle nous servira, quand nous aurons passé en revue les faits observés en Amérique, à décider si dans ce que les Anglais appellent *typhus fever* ou *continued fever*, il n'y a pas deux maladies bien distinctes qui ont été confondues par M. Lombard et M. Dalmas, ainsi que par les médecins de la Grande-Bretagne.

Sous le rapport de l'âge, M. Lombard a trouvé encore une différence notable; c'est que des vieillards de soixante, de soixante-dix et même de quatre-vingt-dix ans, sont atteints de la maladie qu'il a précédemment décrite. Or, sur le continent, on n'a pas vu de cas de fièvre typhoïde bien avéré après l'âge de cinquante-deux ans.

M. Lombard remarque ensuite que la diarrhée, dans la fièvre en question, est beaucoup moins fréquente en Angleterre qu'à Genève et à Paris. Il note enfin le caractère *puissamment* contagieux de la *fièvre typhoïde* en Angleterre.

On a lieu d'être surpris que M. Lombard n'ait pas joint à toutes ces différences l'absence de la somnolence, du délire, des épistaxis, des sudamina, s'il n'a observé aucun de ces symptômes; et s'il les a observés, on se demande comment, même dans une lettre, il a pu les passer sous silence.

Maintenant quelle conclusion tire-t-il des faits qu'il vient de rapporter? Se demande-t-il si des malades qui présentent dans les symptômes des différences notables, et des différences plus notables encore dans les lésions anatomiques, ne seraient pas atteints de deux affections distinctes? Non; il en conclut que la cause ou le point de départ des symptômes « n'est point dans un état morbide de la membrane muqueuse ou des glandes de Peyer; que la fièvre typhoïde est bien plutôt une maladie générale affectant toute l'économie, qu'une maladie dépendant d'une inflammation locale ou d'une altération quelconque de tissu ».

Quand même nous n'aurions pas des faits pour démontrer que ces conclusions ne sont pas rigoureuses, on ne pourrait certainement regarder les détails fournis par M. Lombard comme satisfaisants. On voit trop que ce n'est pas dans l'observation attentive qu'il a puisé sa conviction, et qu'il a accordé beaucoup trop de confiance aux renseignements qu'on lui a donnés.

Mais c'est trop longtemps nous arrêter à des opinions qui ne sont fondées que sur l'observation vague, superficielle, et sur des renseignements incertains. Il est temps de passer à l'étude de documents plus positifs, et, on peut le dire, plus scientifiques. Malheureusement, les auteurs anglais ne nous fournissent rien de précis sur cette importante question, et c'est aux médecins américains que nous sommes forcés de demander des éclaircissements. Aussi, après avoir comparé la fièvre typhoïde avec le typhus d'Amérique, aurions-nous encore à rechercher si cette affection est bien la même que celle qu'on observe en Angleterre. C'est ce que la connaissance des symptômes nous permettra de faire jusqu'à un certain point.

En 1836, il régna à Philadelphie une épidémie de typhus. M. le docteur Gerhard, déjà connu par des travaux importants et par l'exactitude de ses observations, profita de sa position de médecin de l'hôpital, pour étudier avec soin cette maladie. C'est à la description qu'il en a donnée dans un mémoire publié en 1837 (*American journal of the medical sciences*, n° 28, février, et n° 40, août 1837), que nous allons emprunter les détails suivants. Nous aurons surtout recours à la traduction qui en a été

faite dans le journal *l'Expérience* (1). Nous trouverons, dans ce travail, non plus une appréciation superficielle des faits, et des notes prises en courant; mais le fruit d'une observation attentive et assidue.

M. Gerhard établit d'abord un fait bien important c'est qu'il peut exister et qu'il existe en effet, concurremment dans le même pays, deux maladies qu'on peut parfaitement diagnostiquer, et dans lesquelles on peut prédire, du vivant du malade, les lésions qui seront trouvées après la mort; ce sont la fièvre typhoïde et le typhus proprement dit. Ce fait est tellement hors de doute, que lors de l'épidémie qui a régné à Philadelphie, on a vu se développer chez quelques sujets, et comme maladie intercurrente, une fièvre typhoïde véritable, et que dans ces cas, malgré l'existence de l'épidémie, on n'a nullement erré dans le diagnostic, et l'on n'a pas confondu l'affection sporadique avec la maladie régnante. Or, comment pourrait-il en être ainsi, si ces deux maladies n'en étaient réellement qu'une seule, et si toute la différence consistait dans l'absence des lésions intestinales? A coup sûr, si M. Lombard avait pensé que l'on pouvait, pendant la vie, se dire positivement : d'après tels et tels symptômes, et d'après la marche de l'affection, nous devons nous attendre à trouver ici l'ulcération des plaques, et là leur parfaite intégrité, il n'aurait pas avancé que la maladie qu'il avait observée à Genève pouvait exister sans lésion intestinale; il se serait borné à dire qu'en Angleterre il existait, avec la fièvre typhoïde une autre fièvre qui avait quelques points de ressemblance avec elle, mais qui au fond en différait essentiellement. C'est donc sans étonnement qu'on doit voir M. Gerhard non-seulement regarder les deux affections comme distinctes, mais encore en indiquer avec soin le diagnostic différentiel.

Si, en effet, nous entrons dans les détails, nous trouvons, dans le typhus, au lieu des taches roses lenticulaires de la fièvre typhoïde, ces pétéchies violettes, sans saillie, laissant après la mort de petites suffusions sanguines, telles en un mot que M. Lombard les a signalées sous le nom de *vibices*. Les sudamina ne se rencontrent dans le typhus que chez un très-petit nombre de sujets. Les épistaxis, qui sont si fréquentes dans la fièvre typhoïde, ne sont même pas mentionnées par M. Gerhard. Si dans les deux maladies le délire existe aussi souvent, l'affaiblissement et la lenteur de l'intelligence se rencontrent néanmoins bien plus souvent et à un plus haut degré dans le typhus que dans la fièvre typhoïde. Du côté de la poitrine, encore symptômes différents. Ce râle sibilant, si digne de remarque dans l'affection typhoïde, et qui existe dans une si grande étendue de la poitrine, ne se trouve pas dans le typhus; et les premiers symptômes pectoraux, dans cette dernière maladie, sont la matité en arrière, et la faiblesse de la respiration.

Mais la différence la plus grande, la plus capitale, entre les deux affections, c'est, dans l'une, l'absence complète de symptômes abdominaux, même dans les cas les plus graves; tandis que dans l'autre on en trouve de si frappants, même dans les cas les plus légers. Ainsi, dans le typhus, point de diarrhée, de douleurs de ventre, de gargouillements, de météorisme, de douleur dans la région de la rate. Tous les organes contenus dans la cavité abdominale sont entièrement étrangers à l'affection d'ailleurs si générale. Or, comment concevoir que deux variétés d'une même maladie peuvent exister concurremment, sans que jamais les symptômes les plus constants de l'une se rencontrent dans l'autre, au moins à un faible degré?

Les mêmes différences existent d'ailleurs dans les lésions cadavériques. On connaît toutes celles qui se manifestent dans la fièvre typhoïde et qui en font une des maladies aiguës les plus formidables que nous connaissons en France. Dans le typhus, au contraire, et dans le typhus le plus intense, une grande liquidité du sang qui ne se prend pas en caillot, une injection passive des divers organes et une grande tendance à la putréfaction, telles sont les seules particularités anatomiques qui ont été observées. Dans l'intestin et dans les ganglions mésentériques, il y a non-seulement absence complète de la lésion caractéristique des follicules agminés, mais absence *de toute espèce de lésion*, circonstance vraiment curieuse et qui donne à ce typhus une place tout à fait à part dans la classe des affections fébriles. L'intestin se trouvait, chez tous les malades observés par M. Gerhard, parfaitement intact; il était blanc, sans injection, sans tuméfaction de la muqueuse dans aucun point; cette membrane donnait des lambeaux de plusieurs lignes; rien, en un mot, qui ne fût tout à fait normal. Tous ceux qui ont une idée précise de la fréquence des lésions intestinales dans les maladies fébriles, seront assurément frappés de ce fait, et l'on ne verra pas sans étonnement une affection dans le cours de laquelle existent une vive accélération du pouls, une forte chaleur de la peau, du délire, et enfin tout le cortége de l'état fébrile, ne présenter ni symptômes, ni lésions du tube intestinal; tandis que dans toutes les autres maladies, lorsque la fièvre est un peu considérable, la muqueuse de l'intestin est presque toujours la première atteinte par l'inflammation secondaire qui envahit tant d'autres organes. En faut-il davantage pour montrer que ce typhus est une maladie toute particulière, qui a ses caractères propres,

(1) 1836, n°s 16 et 20.

et qu'un examen très-superficiel pourrait seul faire confondre avec l'affection typhoïde dont la physionomie est toute différente.

Nous pourrions étendre encore cette comparaison et trouver dans plusieurs autres lésions, ainsi que dans la marche de la maladie, de nouvelles preuves en faveur de l'opinion que nous venons d'émettre, mais nous pensons qu'après tout ce qui précède, ce serait un soin inutile. Contentons-nous d'ajouter que, dans un mémoire inédit de M. le docteur Stille, interne de M. Gerhard à l'époque où l'épidémie envahit Philadelphie, mémoire qui a été lu à la Société médicale d'observation, et que nous avons sous les yeux, les deux maladies ont été comparées symptôme par symptôme, lésion par lésion; et que, sauf quelques phénomènes qui constituent le mouvement fébrile de toutes les phlegmasies, on peut être sûr de trouver dans l'une tout le contraire de ce qu'on a rencontré dans l'autre.

Voici, en outre, comment s'exprime sur le sujet qui nous occupe un autre observateur américain, qui, ayant dans ces dernières années fixé son attention sur la fièvre typhoïde, est juge compétent dans cette matière. C'est à une brochure récente de M. James Jackson (1) que nous empruntons le passage suivant : « L'ouvrage de M. Louis sur la fièvre typhoïde est à présent, je pense, bien connu dans ce pays. Il n'en était pas de même en 1833, époque à laquelle je lui ai donné l'attention qu'il mérite. Depuis que je le connais, j'ai trouvé que la fièvre continue, qui nous est si bien connue dans cette ville, est la même que celle qui s'y trouve décrite. Les symptômes et les lésions anatomiques en sont exactement les mêmes. Ces lésions avaient déjà été découvertes auparavant, lorsque l'autopsie avait été faite convenablement. Depuis 1833, notre fièvre a été la même qu'auparavant, et *dans tous les cas* où l'autopsie a été faite, les altérations morbides se sont montrées les mêmes que celles qui ont été décrites par M. Louis. Dans les pays voisins, une semblable confirmation de l'identité de la maladie est sortie de différentes sources. Je citerai principalement ici, les cas observés à Lowell et qui ont été rapportés par le docteur Bartlett, savant professeur d'anatomie pathologique de l'institut médical du Berkshire....

» Je reçus, en 1835, les observations recueillies par le docteur Gerhard de Philadelphie sur des cas qui ont été appelés fièvre rémittente bilieuse. Ces observations sont peu nombreuses; mais elles suffisent pour montrer clairement que cette maladie *diffère essentiellement* de notre fièvre continue. Depuis ce temps, le même auteur a fait plus encore pour la solution de la question. En 1837, il a décrit la maladie qu'il nomme typhus, et qui sous quelques rapports ressemble à notre fièvre, mais qui en diffère évidemment, et par ses symptômes, et par sa marche, et par ses caractères anatomiques.

» M. Lombard, médecin de Genève, visitant l'Angleterre et l'Irlande, a décrit la fièvre qu'il a vue surtout à Dublin, mais aussi à Londres, et il a montré qu'elle différait également de la fièvre typhoïde décrite par M. Louis (1). Il semblerait, réellement, que la maladie décrite par M. Lombard est la même que celle qui a été observée à Philadelphie par le docteur Gerhard.

» Je n'ai pas l'intention de m'étendre davantage sur ce sujet; et il est peu important pour l'objet que je me propose de rechercher si d'autres ont fait des observations semblables ou différentes sur ce point. Il est évident qu'il y a au moins *deux espèces de fièvre continue*, tant en Europe que dans ce pays. »

Ce passage est remarquable sous plusieurs rapports. Il prouve d'abord que, dès que les recherches anatomo-pathologiques ont été faites avec soin et connaissance de cause en Amérique, l'altération des plaques de Peyer a été trouvée *constamment* dans ce pays comme en France; et, en second lieu, il fait voir que c'est avec raison que M. Gerhard a regardé le typhus qu'il a observé comme différent de la fièvre typhoïde, puisque partout où la contagion n'a pas pénétré, la première maladie ne se montre pas.

M. Jackson pense que la fièvre décrite par M. Gerhard est la même que celle qui règne endémiquement en Angleterre et surtout en Irlande. Il est difficile de se prononcer positivement sur ce point. Le défaut d'observations exactes de la part des auteurs anglais ne nous permet pas d'établir une comparaison rigoureuse : cependant, si on rapproche la description de M. Gerhard de courtes indications de symptômes données par M. Lombard, on trouve de nombreux points de ressemblance, en sorte que si elle n'est point entièrement inattaquable, cette manière de voir est au moins vraisemblable (2). Quoi

(1) A report founded on the cases of typhoid fever, etc. Boston, 1836, pages 8 et suivantes.

(1) Les expressions dont se sert ici M. Jackson manquent de précision. Nous avons vu, en effet, que si M. Lombord avait réellement trouvé des différences entre la fièvre d'Irlande et celle de France, il était loin de les regarder comme fondamentales.

(2) Les renseignements suivants que nous communique M. le docteur Johnston, de Philadelphie, viennent encore à l'appui de ce que nous avançons et changent presque les probabilités en certitude. On sait qu'un grand nombre d'Irlandais, chassés de leur pays par la misère, émigrent en Amérique: eh bien! c'est parmi des Irlandais récemment débarqués que M. Johnston a rencontré la maladie dans la ville de Philadelphie, en 1836. Il a même constaté que la maladie de quelques-uns d'entre eux avait débuté dans le cours de la tra-

qu'il en soit, s'il est démontré, comme nous le pensons, qu'à Philadelphie il a pu exister, en même temps, deux fièvres ayant quelques points de ressemblance, mais fondamentalement différentes, la possibilité de cette existence simultanée doit être aussi admise pour l'Angleterre. Au reste, si l'on en croit des praticiens d'un mérite généralement reconnu, ce que nous ne donnons ici que comme probable serait réel. Dans un voyage qu'ils ont fait récemment en France, MM. Christison et Tweedie ont affirmé, devant des médecins de nos hôpitaux, que la fièvre observée en Irlande par M. Lombard existait à Londres en même temps que la fièvre typhoïde, et qu'elles présentaient des caractères assez différents pour qu'on pût établir le diagnostic sur des bases solides.

Si nous jetons maintenant un regard en arrière, et si nous cherchons à apprécier la valeur des documents dont nous avons fait usage, nous voyons d'un côté des opinions recueillies en passant, des impressions de voyages, des observations tronquées : tantôt des malades vus un instant au milieu de leur maladie et sans autopsie confirmative ; tantôt, au contraire, des autopsies sans observation préalable, en un mot, tout ce qu'il y a de plus incertain et de plus hypothétique ; de l'autre côté, au contraire, nous avons des observations complètes, le traitement d'un grand nombre de malades par un médecin attentif, et une analyse détaillée des symptômes et des lésions. Est-il permis d'hésiter un seul instant? On nous reprochera peut-être de comparer des faits observés en Angleterre avec des faits recueillis en Amérique, et de les assimiler les uns aux autres. Nous conviendrons qu'il eût mieux valu présenter une série d'observations de typhus prises en Angleterre même; mais où les trouver? Notre conclusion n'en a pas moins, ce nous semble, toutes les probabilités en sa faveur, car nous avons vu de part et d'autre des symptômes tout à fait semblables, et ce qui est plus important encore, nous avons signalé entre la fièvre typhoïde et le typhus d'Angleterre et d'Irlande des différences symptomatologiques qui expliquent suffisamment les différences anatomo-pathologiques.

Quelques lecteurs seront peut-être étonnés de ne pas nous entendre parler du typhus des camps, des prisons, des hôpitaux, du typhus tel qu'il a été décrit par Pringle, Hildenbrand, Pinel et tant d'autres, du typhus, enfin, qu'on a vu exercer ses ravages à Paris dans l'année 1814. Mais si nous portions la question sur ce terrain, elle se trouverait nécessairement changée; car qu'aurions-nous d'abord à nous demander? C'est évidemment si, dans ce typhus, on trouvait les mêmes lésions que dans la fièvre typhoïde, et s'il n'était autre chose que cette dernière maladie devenue épidémique et plus meurtrière. Or, nous verrions que l'absence de lésion intestinale caractéristique dans la fièvre des camps est une chose sur laquelle les opinions sont partagées. Si, en effet, on étudie attentivement, avec M. Gaultier de Claubry (1), la plupart des nombreuses relations qui nous ont été données, on voit que, tant sous le rapport des symptômes que sous celui des lésions, il y a la plus grande ressemblance entre les deux affections, en sorte qu'on ne peut pas mettre le typhus observé dans les épidémies citées par cet auteur, sur la même ligne que le typhus d'Angleterre et d'Amérique. Mais, d'un autre côté, si l'on a égard aux faits qui ont été publiés par d'autres médecins, à ceux, par exemple, qui ont été recueillis dans les épidémies de Gibraltar et de Toulon, et que M. Rochoux a cités dans son mémoire sur la contagion des maladies épidémiques (*Journal hebdomad.* 1825, tome VII), on voit, au contraire, que les glandes de Peyer et de Brunner ne se sont pas montrées une seule fois malades, ce qui fait dire avec raison au savant auteur que nous citons, que « sous ce rapport, il existe une séparation infranchissable entre le typhus et la dothinentérite. » Cette espèce de typhus est-elle la même que celle qu'on observe en Angleterre? — Bornons-nous à ces indications sur un sujet aussi obscur.

Maintenant, que nous faut-il de plus pour regarder la lésion spéciale des follicules intestinaux comme tout à fait caractéristique de la fièvre typhoïde? Il faut, après avoir montré l'excessive rareté des faits qu'on peut opposer à cette manière de voir, et en avoir fait connaître le peu d'importance, rechercher rapidement si, de toutes les maladies ai-

versée. D'autres malades lui dirent que l'affection dont ils étaient atteints avait régné épidémiquement sur le vaisseau qui les avait apportés d'Irlande. Il paraît donc, d'après ces faits, que non-seulement le typhus d'Amérique est la même maladie que le typhus fever d'Angleterre, mais encore que c'est ce dernier qui a été pour ainsi dire transporté dans le Nouveau-Monde. Nous ne donnons certainement pas cette opinion comme un résultat de l'observation sévère ; mais réduits que nous sommes à interpréter des faits fort incomplets, nous cherchons à entrevoir la vérité.

A présent que l'attention des médecins est fixée sur cette question intéressante, nous avons le droit d'attendre des observateurs sa solution définitive. Quant au point le plus important de cette discussion, c'est-à-dire la détermination des caractères anatomiques essentiels de la fièvre typhoïde, il nous paraît suffisamment éclairci.

(1) Voy. Mémoires de l'Acad. royale de médecine, tome septième, 1838, page 157. Mémoire en réponse à cette question : Faire connaître les analogies et les différences qui existent entre le typhus et la fièvre typhoïde. (Travail qui a été couronné.)

guës, cette affection est la seule qui présente une semblable lésion. Or, c'est ce dont il est très-facile de s'assurer en parcourant les observations des auteurs les plus connus.

M. Louis avait signalé, dans des cas rares, un développement insolite d'un petit nombre de plaques de Peyer et des follicules de Brunner; c'est principalement chez des sujets affectés de scarlatine qu'il avait rencontré ces faibles lésions. Dans un mémoire sur la scarlatine et la variole, Dance (1) fit connaître des faits semblables. Sur neuf observations de scarlatine, contenant les détails de l'ouverture des corps, il en est trois dans lesquelles on trouve la description de quelques plaques saillantes; dans un cas seulement, ces plaques étaient rouges et gonflées, et dans un autre il y avait un développement peu notable des follicules isolés. MM. Andral (2) et Rayer (3) ont eu occasion de faire des observations analogues. Telles sont les lésions qu'un examen superficiel pourrait faire confondre avec celles qui existent dans l'intestin des sujets qui ont succombé à une affection typhoïde, et cependant quelle différence! Dans les cas que je viens de citer jamais d'ulcérations, quoique parmi les sujets observés par Dance quelques-uns ne soient morts qu'après vingt jours de maladie (observations VI et VII); une seule fois, on trouve la rougeur jointe au gonflement, et, du reste, aucune autre des altérations qui caractérisent si bien les plaques dures ou molles de l'affection typhoïde. Ce que nous venons de dire relativement à la scarlatine s'applique parfaitement aux cas de variole recueillis par le même médecin, quoique, dans ces derniers, le gonflement des follicules fût plus constant et un peu plus considérable. Ce gonflement était, en effet, la seule lésion : l'auteur ne mentionne pas la moindre altération du tissu sous-muqueux, et cependant les sujets avaient succombé du dixième au onzième jour, époque à laquelle les follicules sont profondément altérés dans l'affection typhoïde.

Arrivé aux limites que nous nous étions tracées, nous croyons devoir terminer par les propositions suivantes, qui nous paraissent être l'explication exacte de l'état actuel de la science, et qui nous serviront de conclusions.

1° Les cas dans lesquels, les symptômes de la fièvre typhoïde s'étant presque tous montrés, on n'a pas trouvé de lésions intestinales caractéristiques, sont infiniment rares : parmi les faits bien connus, il n'en est que deux qui puissent être rangés dans cette catégorie.

2° On doit admettre, dans ces cas, une erreur de diagnostic occasionnée par les apparences les plus trompeuses.

3° Le typhus d'Angleterre et d'Amérique est une maladie différente de la fièvre typhoïde.

4° Dans les autres maladies aiguës l'altération spéciale des follicules intestinaux n'existe pas.

5° D'où il suit que cette altération, si bien décrite dans ces derniers temps, est le caractère anatomique essentiel de la fièvre typhoïde : car de toutes les maladies aiguës la fièvre typhoïde est la seule dans laquelle elle se montre et se montre *constamment*.

ARCHIVES DE MÉDECINE. — Février 1839.

(1) Archiv. générales de méd., t. 23, 1830.

(2) Cliniq. médical., t. I, page 509.

(3) Traité des maladies de la peau, deuxième édit., t. I, p. 210.

RECHERCHES

Sur le diagnostic des maladies de poitrine chez les enfants;

Par C. TAUPIN, Interne à l'hôpital des Enfants malades.

(SUITE ET FIN (1).)

Pour me conformer exactement à la marche suivie par Laennec, je devrais parler maintenant des résultats fournis par l'application de la main sur les parois thoraciques; mais il me semble plus convenable de faire suivre immédiatement l'examen des mouvements de l'abdomen de l'inspection de la poitrine.

1° *Dilatation*. — A l'état normal, la dilatation de la cavité thoracique s'opère régulièrement. Son intensité n'est pas toujours en rapport avec le développement des poumons; l'agitation, le réveil, toutes ces circonstances qui déterminent un trouble passager, diminuent son étendue.

Conformation. — La conformation naturelle de la poitrine n'offre rien de particulier dans l'enfance. Ici comme chez l'adulte, le côté droit est plus développé que le gauche, et cette différence, qui existe constamment, varie d'un centimètre à un centimètre et demi. On la trouve dès l'âge le plus tendre, et elle persiste sans changer de rapport jusque dans la vieillesse. J'ai voulu vérifier cette proposition que M. Louis a, je crois, avancée le premier. J'ai mesuré la poitrine à l'état de santé chez des enfants de tout âge, et j'ai trouvé toujours son assertion exacte. Je l'ai vue constante chez les enfants rachitiques, et on peut se l'expliquer facilement en se rappelant que les vices de conformation causés par cette maladie attaquent toujours les deux côtés de la poitrine; il n'y a d'exception que dans le cas où la colonne vertébrale est elle-même atteinte de rachitis, cas étranger à mon sujet.

(1) Voir le cahier de février, page 149.

Rachitis. Les déformations de la poitrine causées par le rachitis se voient plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte, et cela pour plusieurs raisons : d'abord la gêne de la respiration causée par le rétrécissement de la poitrine, et le mode vicieux d'implantation des muscles, exposent les enfants à des maladies de poitrine plus nombreuses, en même temps qu'elles les rendent plus graves. Ils sont asthmatiques, atteints souvent de pneumonies, de bronchites, de tubercules, de maladies du cœur; quelquefois même ils succombent presque subitement avec des symptômes d'asphyxie, sans qu'à l'autopsie aucune lésion suffisante puisse expliquer la mort. Enfin, quand ils ont résisté à cette influence fâcheuse qui menaçait leur premier âge, la poitrine prend une forme plus régulière, et le redressement des côtes et du sternum s'opère comme celui des membres incurvés.

Rétrécissements.— On rencontre aussi d'autres rétrécissements qui reconnaissent pour cause une pleurésie terminée par la résolution du liquide épanché et la formation d'adhérences celluleuses entre les deux feuillets de la plèvre. Toutefois, ils sont rares chez les très-jeunes enfants. En effet, chez eux, la pleurésie aiguë se voit moins souvent que la pneumonie. Elle accompagne quelquefois cette dernière affection, est partielle comme la maladie principale, et les adhérences limitées qui en sont la suite ne peuvent donner lieu à une déformation. Cette rareté peut s'expliquer aussi par une rapidité plus grande de la résorption du liquide épanché. Cette résorption est plus facile chez les enfants comme celle de toutes les hydropisies en général.

La déformation est bien plus fréquente dans la pleurésie tuberculeuse, qui a une marche chronique. On observe d'abord une dilatation du côté affecté; puis l'épanchement diminue, disparaît, et le rétrécissement s'opère.

Dans le pneumo-thorax, dans l'emphysème pulmonaire, dans le cas de tumeurs développées dans le médiastin antérieur, dans les affections du cœur, on observe aussi une dilatation, mais on sait que ces maladies sont fort rares chez les enfants.

Laennec blâme avec raison plusieurs procédés d'exploration dont le temps et l'expérience ont fait justice, tels que le toucher des espaces intercostaux, la succussion de la poitrine, la pression abdominale de Bichat. On doit rejeter avec lui l'emploi de ces moyens, qui ne sont jamais d'aucune utilité et peuvent être nuisibles, les deux derniers surtout, en causant de la douleur aux malades et en augmentant par cela même une résistance déjà trop grande à un mode plus rationnel d'exploration.

Frémissement pulmonaire. — La main appliquée sur la poitrine d'un enfant sain qui respire librement, ne perçoit d'autre sensation que celle de la dilatation et du resserrement alternatifs de la cavité thoracique. Si l'enfant vient à parler ou à crier, on sent un frémissement analogue à celui qu'on rencontre en pareille circonstance chez l'adulte, et comme ce retentissement est toujours en rapport avec la perméabilité du poumon et acquiert chez l'enfant une plus grande intensité, il est en quelque sorte puéril comme la respiration. Il disparaît dans la pleurésie, il diminue beaucoup dans la pneumonie lobulaire, et persiste dans la bronchite. Ce phénomène apprécié avec soin peut conduire à distinguer une pneumonie lobulaire d'une bronchite capillaire intense. La fièvre, la dyspnée, la toux sont égales dans les deux affections, et la présence ou l'absence du frémissement pulmonaire peut servir à fixer le diagnostic.

Chez un grand nombre d'enfants, il se produit un frémissement très-notable pendant l'inspiration et l'expiration; il cesse dans l'intervalle qui sépare les deux mouvements. On le rencontre souvent chez les enfants rachitiques, chez ceux dont on dit que leur poitrine est grasse, enfin dans les bronchites considérables. Il coïncide toujours avec une respiration bruyante à l'extérieur et des phénomènes stéthoscopiques marqués, soit un râle sibilant et ronflant, soit du râle muqueux abondant. Il est produit dans le premier cas par un rétrécissement passager des bronches, dans le second par une accumulation de mucosités, et, dans ce dernier cas, il cesse ordinairement pour quelque temps après un accès de toux qui détermine une expectoration abondante. La même cause se produit dans les inspirations qui précèdent une quinte de coqueluche. Il est d'abord presque insensible : il augmente graduellement, puis la quinte a lieu, et le phénomène cesse jusqu'à ce qu'un nouvel engouement bronchique vienne provoquer encore une quinte de toux. On le trouve aussi dans la pneumonie lobulaire intense, dans la pneumonie hypostatique; il ressemble tout à fait alors au râle des agonisants et coïncide avec un râle crépitant humide et abondant.

Il est quelquefois partiel, et peut indiquer alors un emphysème interlobulaire; mais on a rarement l'occasion d'observer des cas semblables.

PERCUSSION.

Les différents modes d'exploration que je viens de passer en revue laissent, comme on le voit, une grande incertitude dans le diagnostic des maladies de poitrine, et rarement leur ensemble peut fournir des données suffisantes; aussi faut-il avoir recours à des moyens plus certains, à la percussion et à l'auscultation.

La percussion, employée chez les enfants, ne donne pas des résultats aussi sûrs que chez l'adulte;

toutefois, on doit se garder de la négliger ; et quand on l'aura pratiquée longtemps et avec soin, on y pourra trouver des ressources qu'on n'aurait pas soupçonnées d'abord.

Je vais examiner successivement les résultats qu'elle fournit appliquée à la poitrine d'un enfant bien portant, et les diverses modifications que peuvent y apporter les maladies thoraciques.

État normal. — Le grand développement du système musculaire, l'embonpoint considérable de la poitrine, apportent chez l'adulte des obstacles à la perception de la résonnance thoracique. Ici, on n'a point à redouter un pareil inconvénient ; les muscles sont peu volumineux et l'embonpoint des enfants porte plutôt sur les membres que sur le tronc. Cette différence de conditions dans lesquelles se trouvent les enfants et les adultes en produit une aussi marquée dans les causes qui nuisent à la perception des phénomènes déterminés par les maladies. Chez les adultes, le peu de résonnance naturelle fait reconnaître quelquefois une matité légère, mais réelle ; chez les enfants, cette erreur, quand elle est commise, est due à l'excès de sonorité.

La respiration plus active, la perméabilité plus grande du poumon, font pressentir que la résonnance de la poitrine sera plus grande, et l'observation vient confirmer la théorie. La résonnance est en quelque sorte puérile, comme le bruit vésiculaire.

Aux parties postérieures et latérales moyennes, elle est tellement claire qu'elle pourrait induire en erreur des personnes peu exercées, et leur faire croire à l'existence d'un emphysème pulmonaire. Dans ces points, la poitrine résonne comme un tambour. La sonorité est aussi très-développée aux régions sous-claviculaires et sternales. La région inférieure droite est mate, à cause de la présence du foie ; à gauche, au contraire, dans le point correspondant, le son est plus clair que dans toute autre partie de la poitrine ; il est produit par la dilatation de l'estomac, toujours plus considérable, relativement, chez l'enfant que chez l'adulte. On distinguera cette résonnance à un caractère particulier, qu'on peut appeler gastrique ; et d'ailleurs, elle coïncide avec une absence complète du bruit respiratoire. Il y a un son mat à la région précordiale, mais il n'a que très-peu d'étendue, les poumons venant toujours recouvrir presque entièrement le cœur. Dans les régions sus et sous-épineuses, la percussion donne encore un son appréciable, et souvent il est facile de reconnaître par ce moyen une hépatisation, une infiltration tuberculeuse, ou une vaste caverne placées au sommet des poumons.

Comme les autres modes d'exploration mis en usage auprès des enfants, la percussion rencontre de nombreux obstacles, qui doivent conduire à lui faire subir des modifications, si on veut en tirer parti.

La percussion immédiate, bien que pratiquée avec ménagement, est toujours un peu douloureuse, elle effraie les enfants, et leur fait pousser des cris qui peuvent annuler ses résultats. On ne devra guère l'employer que pour examiner les régions mammaires, dorsales et axillaires. Pour tous les autres points, on pourra la remplacer avantageusement par un procédé moins fatigant, moins douloureux : la percussion médiate. D'ailleurs, celle-ci suffit toujours, tant est grande la résonnance de la poitrine.

La percussion médiate qu'on emploie de préférence chez l'adulte, quand on examine les régions sus et sous-claviculaires, sus et sous-épineuses, peut être appliquée à l'examen de toutes les parties de la poitrine. L'enfant s'en effraie peu quand on lui a montré qu'on percute sur le doigt, ou sur un corps étranger, un morceau de caoutchouc, d'ivoire ; encore, moins on lui met sur la poitrine d'objets nouveaux pour lui, plus il se prête volontiers à l'examen. La plupart des médecins spéciaux ont l'habitude de percuter avec un ou deux doigts de la main droite tombant perpendiculairement sur le doigt indicateur placé horizontalement. Ils ne se servent pas ordinairement d'autre plessimètre.

Chez les enfants très-jeunes, l'examen des parties postérieures et latérales de la poitrine est rendu difficile par les mouvements qu'ils exécutent et la peine qu'ils ont à se tenir assis. En pareil cas, j'ai vu souvent M. Jadelot employer le procédé suivant. Il met l'enfant à son séant, le tient entre son corps et son bras gauche qui lui sert à le soutenir, et il percute à plat sur sa main gauche étendue, avec la droite étendue également, et à l'aide de ce mode de percussion, il peut obtenir une certitude de diagnostic aussi grande que celle que présentent les autres procédés. On est souvent obligé d'y recourir quand on examine des enfants affaiblis, et qu'on n'a personne à sa disposition pour les tenir assis.

État pathologique. — Telles sont les modifications que subit chez l'enfant la résonnance naturelle de la poitrine. Voyons maintenant de quel secours nous sera la percussion dans les diverses maladies. Elle ne donne aucun résultat dans la bronchite et la coqueluche simple ; la poitrine résonne comme à l'état normal. Dans les variétés d'emphysème vésiculaire, interlobulaire, interlobaire, l'exagération de la sonorité ne peut être grande, vu sa grande intensité naturelle, et elle échappe souvent à l'observation. Aussi bien, nous avons établi par anticipation que l'absence du son se fera plutôt remarquer que son trop grand développement, puisque son état normal chez l'enfant peut être comparé à son exagération chez l'adulte. Dans le pneumothorax, où la résonnance est augmentée, elle ne

suffirait pas seule pour faire porter un diagnostic certain : il faut qu'elle soit liée à une dilatation du côté affecté, à une absence du bruit respiratoire, ou à la présence de la respiration amphorique, ou du tintement métallique.

Dans la dilatation partielle et considérable des bronches, la percussion fait quelquefois reconnaître au sommet des poumons la présence d'une cavité pleine de liquide, qui peut être confondue avec celle que produirait une fonte tuberculeuse.

Dans la phthisie chez les très-jeunes enfants, la percussion ne donne pas d'inductions certaines. Ordinairement, ils meurent avec une éruption confluente de tubercules miliaires développés à la fois dans les poumons et les plèvres, avant que le ramollissement ait eu lieu. Mais dans les cas où la phthisie marche lentement, où le tubercule passe à l'état cru, se ramollit et forme des excavations, la percussion bien exercée peut trouver une application utile : elle fait reconnaître un son d'abord un peu obscur, puis entièrement mat. On entend quelquefois le son de pot fêlé, dans les cas où les cavernes sont assez étendues et à demi remplies de pus.

Dans la pleurésie accompagnée d'un épanchement considérable, on observe une matité qui contraste avec la sonorité normale, et la maladie ne peut être méconnue.

Dans la pneumonie lobaire, quelle que soit son étendue, on peut, au moyen de la percussion, s'assurer de son existence et de ses limites, à moins qu'elle n'occupe les parties centrales. Dans ce cas, elle échappe à l'observateur.

Dans la pneumonie lobulaire, il est rare qu'on puisse tirer parti de la percussion. En voici les motifs : 1° elle est toujours double, et les éléments de comparaison manquent par conséquent ; 2° les lobules restés sains fonctionnent plus énergiquement qu'à l'état normal pour suppléer aux lobules hépatisés, et le son puéril exagéré qu'ils donnent masque la matité qui doit résulter des indurations partielles. Il en est de même dans l'apoplexie pulmonaire (1).

Dans la pneumonie hypostatique, on n'observe au début aucune modification du son normal ; mais, plus tard, il se produit une matité qui va toujours croissant, et n'acquiert jamais cependant une aussi grande intensité que celle qu'on remarque dans la pneumonie lobaire franche. On peut la reconnaître par la comparaison de la sonorité des deux côtés si elle n'en affecte qu'un seul ; par la comparaison des parties antérieures et postérieures de la poitrine, si elle est double, comme cela a lieu le plus souvent.

Les tumeurs développées dans le poumon ou la plèvre se remarquent rarement dans l'enfance. Deux fois seulement j'en ai rencontré. Elles étaient constituées par des kystes hydatifères assez volumineux. On ne les avait pas soupçonnées, bien que la poitrine eût été examinée avec soin ; il est vrai que, dans les deux cas, les tumeurs étaient placées à la base et au centre des poumons près du diaphragme, et entourées de lobules sains.

Je ne parle point ici des signes que fournit la percussion dans les maladies du cœur et du péricarde. J'en traiterai dans un mémoire à part.

AUSCULTATION.

Malgré les nombreux arguments par lesquels Laënnec a cherché à motiver la préférence exclusive qu'il accordait à l'auscultation médiate sur l'auscultation immédiate, la plupart des médecins pratiquent l'auscultation avec l'oreille nue plus souvent qu'avec le stéthoscope, et réservent l'emploi de cet instrument pour les cas peu nombreux où l'état de malpropreté, ou de transpiration du malade, rend le contact immédiat impossible, où sa position trop basse rend l'examen incommode, où le peu d'étendue de la partie qu'on explore ne permet pas d'appliquer exactement l'oreille ; enfin, pour les cas où la perception des sons est rendue plus évidente au moyen du stéthoscope, je veux parler des cas où on observe les diverses résonnances de la voix, et surtout la pectoriloquie.

L'auscultation immédiate doit être employée de préférence chez les enfants. D'abord on perçoit suffisamment les sons avec l'oreille dans la majorité des cas ; ensuite la vue du stéthoscope effraie ceux qui sont très-jeunes, et il faut un assez long temps pour les familiariser avec lui, le leur faire accepter comme jouet, avant de pouvoir l'appliquer avec avantage.

Quand ils sont indociles, ce qui arrive le plus souvent, les changements de position que subit leur corps dérangent à chaque instant le stéthoscope ; avec l'oreille on suit bien mieux tous leurs mouvements, sans qu'elle cesse d'être exactement appliquée. On ne devra se servir de l'instrument que dans les cas où l'enfant est sale et couvert de vermine, quand il est très-petit et que la trop grande distance de sont lit à l'oreille rend gênante la position de l'observateur, quand on examine les régions sus et sous-claviculaires, quand on cherche à reconnaître la pectoriloquie.

Respiration normale.—Un enfant qui n'a point

(1) Si cette action exagérée des lobules sains n'existait pas, on percevrait facilement la matité. En effet, après la mort, quand les poumons sont affaissés, on perçoit un son mat qui n'existait pas pendant la vie.

encore été ausculté s'inquiète tout d'abord de l'examen qu'on lui fait subir, et les fonctions respiratoires sont troublées pendant quelque temps; il s'agite, son cœur bat avec force, la respiration devient irrégulière, il reste quelques secondes sans prendre haleine, puis plusieurs inspirations inégales se succèdent rapidement, le trouble diminue graduellement et l'équilibre se rétablit; l'exploration peut alors être accomplie. Voilà ce qui a lieu chez un enfant docile. On en voit, au contraire, beaucoup qui poussent des cris, suspendent assez longtemps leur respiration; mais encore ici après quelques instants, ils éprouvent un besoin irrésistible de respirer, et font de suite plusieurs inspirations profondes qui permettent de juger de la perméabilité des poumons.

Bruit vésiculaire puéril. — Laënnec a décrit brièvement la respiration des enfants; il a dit qu'elle diffère de celle des adultes par une plus grande intensité.

Il semble, dit-il, qu'on sente plus distinctement les cellules aériennes se dilater dans toute leur ampleur, tandis que chez l'adulte on croirait qu'elles ne se remplissent d'air qu'à moitié, vu que leurs parois plus dures ne peuvent se prêter à une si grande distension. Sa comparaison est juste, mais il ajoute à tort que cette différence est beaucoup moins marquée dans l'expiration. Chez les enfants, l'expiration est puérile comme l'inspiration.

Ce caractère puéril est très-manifeste, et frappe dès la première fois qu'on l'observe; et, si on peut lui donner une valeur nominale au moyen des chiffres, on est autorisé à dire que la dilatation des vésicules est d'un tiers plus grande chez les très-jeunes enfants, et que cette intensité diminue à mesure qu'ils approchent davantage de la puberté. Sa force est telle qu'on l'entend également aux points où des plans musculeux épais éloignent l'oreille de la poitrine, comme aux fosses sus et sous-épineuses, et même à travers de gros vêtements. A quoi tient cette plus grande intensité? On peut l'attribuer à plusieurs causes : la plus grande minceur des parois thoraciques, la plus grande dilatation de la poitrine, la distension plus ample des vésicules pulmonaires, enfin l'accélération de la respiration.

La première de ces causes peut être contestée. En effet, la respiration est également puérile chez les enfants gras et ceux qui sont maigres. Dans ce dernier cas, le bruit est plus fort, il est vrai, en ce sens qu'il est plus voisin de l'oreille; mais chez tous indifféremment existent au même degré les caractères spéciaux, c'est-à-dire la longueur de la respiration, et la sensation d'une ampliation considérable.

La seconde n'a aussi qu'une influence très-secondaire dans la production du phénomène; car chez l'adulte il n'est pas rare d'avoir un bruit respiratoire très-faible coïncidant avec une dilatation considérable de la poitrine. On l'observe souvent ainsi chez les asthmatiques.

Les deux dernières causes, au contraire, y contribuent activement. Pour le prouver, étudions certains états pathologiques, qui chez l'adulte peuvent rendre temporairement à la respiration ce caractère puéril qu'elle avait perdu par suite des progrès de l'âge. Si une maladie, pleurésie, pneumonie, etc., vient à diminuer, ou mieux à annuler entièrement l'action d'un des poumons, l'autre présente une respiration plus grande, puérile; et, dans ces cas, nous trouvons à la fois une plus grande dilatation des vésicules, et une accélération de la respiration. Chez certains asthmatiques par cause nerveuse, la respiration offre aussi le caractère puéril; chez eux elle est fortement accélérée. A laquelle de ces deux causes devons-nous attribuer le plus d'influence? Je crois qu'elles ne peuvent exister l'une sans l'autre, que la seconde produit nécessairement la première; en effet, plus on exerce un organe, plus il se développe. Il vaut mieux, je pense, expliquer ainsi le bruit vésiculaire puéril que de l'attribuer à un état particulier du sang, dont rien jusqu'ici n'a démontré l'existence.

Le bruit vésiculaire, quoique puéril, est suspendu dans certaines maladies; par exemple la pneumonie lobaire, la pleurésie, la bronchite intense, l'emphysème pulmonaire.

Dans la pneumonie lobulaire, il persiste, et concourt à rendre obscurs les phénomènes stéthoscopiques, couvrant par son intensité encore exagérée le râle et le souffle bronchique qui peuvent exister.

Dans l'éruption tuberculeuse miliaire confluente, se faisant d'une manière aiguë, le bruit vésiculaire n'est pas affaibli, et peut masquer les craquements qui existent souvent chez l'adulte en pareil cas, et sont facilement perçus, parce qu'on ne rencontre pas chez eux le même obstacle.

Respiration bronchique. — Lorsque, par une cause quelconque, l'air ne pénètre pas dans les vésicules pulmonaires, les phénomènes de la respiration se passent dans le larynx, la trachée et les gros tuyaux bronchiques : elle s'accompagne alors d'un bruit plus fort et moins étendu que celui de la respiration vésiculaire. Il ressemble au bruit que produirait de l'air insufflé dans un tube métallique par une force intermittente, dont les émissions seraient de peu de durée. Cette respiration particulière n'est pas toujours morbide. Elle s'entend dans l'état naturel au-devant du larynx, de la trachée, à la racine des bronches. Aussi faut-il apporter bien des précautions en appliquant l'oreille sur la poitrine étroite des enfants. Chez l'adulte, le souffle bronchique ne

peut être confondu, si ce n'est rarement, avec aucun autre phénomène stéthoscopique; il n'en est pas de même dans le premier âge.

L'agitation qu'éprouve l'enfant détermine, comme je l'ai dit, une respiration saccadée, courte, dans laquelle l'air ne va pas jusqu'aux dernières ramifications bronchiques; il est poussé avec force dans les fosses nasales et au fond de la gorge; il y produit un retentissement qui peut en imposer, et faire croire à tort à une altération du bruit respiratoire. L'habitude seule empêchera de commettre cette erreur.

M. Meriadec Laennec dit que le bruit puéril peut, chez les enfants, donner lieu à méprise et être confondu avec le souffle bronchique, puis il ajoute qu'on distinguera ce dernier à son caractère tubaire. Sans doute, ce caractère bien apprécié a une valeur diagnostique réelle; mais il est insuffisant. Car, ainsi que nous l'avons établi, la respiration saccadée et incomplète peut prendre dans les voies aériennes supérieures un retentissement tubaire, et le timbre seul ne pourra suffire au diagnostic. Il acquerra une bien autre valeur, s'il est lié à une moindre longueur du bruit respiratoire, s'il existe également dans l'inspiration et l'expiration, s'il est partiel, s'il coïncide avec du râle crépitant, et une matité de la poitrine, de la bronchophonie; enfin, s'il persiste quand le sujet, revenu de la première émotion, respire librement, et si la respiration n'est pas bruyante à l'extérieur.

Le souffle bronchique s'entend presque constamment dans la pneumonie du sommet chez les très-jeunes enfants. Il semble alors que la paroi thoracique n'existe plus, et que le malade souffle directement dans l'oreille de l'observateur. Il peut souvent échapper dans la pneumonie où l'hépatisation est centrale. Le bruit bronchique tubaire se confond avec le bruit vésiculaire exagéré, et la distinction est quelquefois impossible. Quelque chose d'analogue a lieu dans la pneumonie lobulaire; il y a sans doute, dès le début de l'hépatisation, un souffle local de peu d'étendue, déterminé par les indurations partielles; mais les lobules sains fonctionnent plus énergiquement que dans l'état normal, et le bruit qu'ils produisent masque le bruit morbide. Le souffle bronchique n'est perçu bien distinctement dans cette maladie que lorsqu'elle a fait de grands progrès, et a envahi la plus grande partie des poumons.

On entend aussi le souffle bronchique dans la pleurésie, surtout au niveau de l'épanchement, et dans les premiers jours; il cesse plus tard.

On l'observe dans les cas de dilatation bronchique considérable, à la suite de la coqueluche, quand les bronches d'un poumon ou d'un lobe pulmonaire ont acquis un volume double ou triple de celui qu'elles ont habituellement, et que cette dilatation est régulière; la respiration est alors tubaire comme dans la pneumonie au second degré. Si la dilatation était partielle et figurée en ampoules, le bruit serait différent, caverneux.

Quand des tubercules crus volumineux se sont accumulés dans un point des poumons, on y entend un souffle bronchique bien marqué.

Je ne l'ai pas rencontré dans l'apoplexie pulmonaire; il est vrai que, dans tous les cas que j'ai observés, l'épanchement sanguin était peu considérable, lobulaire, et on doit leur appliquer ce que j'ai dit à propos des hépatisations partielles.

Je ne l'ai pas trouvé dans les cas de tumeurs développées dans l'épaisseur des poumons; j'ai dit, à l'article Percussion, quelles circonstances empêchaient la production d'un phénomène morbide.

Souffles voilé, caverneux.—Je n'ai rien de particulier à noter sur le souffle voilé, le souffle caverneux; ils se rencontrent dans les mêmes circonstances et avec les mêmes caractères que chez l'adulte.

Voix.—L'auscultation de la voix chez les enfants présente encore plus de difficultés que celle de la respiration. En effet, si un examen nouveau pour eux apporte un trouble plus ou moins marqué dans les fonctions respiratoires, il doit nécessairement cesser au bout d'un temps plus ou moins long, quand un besoin impérieux les force à faire successivement plusieurs inspirations profondes; on peut alors connaître l'état du poumon.

Mais, comme on le sait, l'absence de la voix articulée est naturelle dans la première enfance, et les sujets plus âgés peuvent à volonté la suspendre, et presque toujours ils refusent de répondre aux questions qu'on leur adresse. Dans ces cas, il est vrai, on peut encore mettre à profit la résonnance du cri qu'ils poussent, et distinguer le timbre normal du timbre altéré; mais on ne peut obtenir ainsi une grande précision. On doit donc chercher à distraire les enfants en leur adressant des questions à la portée de leur âge : avec un peu d'habitude et de patience on y parvient ordinairement.

Résonnance normale. — Comme chez l'adulte, la voix résonne assez fortement au-devant du larynx, de la trachée, à la racine des bronches. D'ailleurs, dans toute l'étendue de la poitrine la résonnance est moins forte que chez l'adulte, ce qui tient au timbre plus grêle de la voix, à la finesse plus grande du tissu pulmonaire, qui est alors moins bon conducteur du son. Cette diminution de l'intensité de la résonnance s'efface à mesure que l'enfant avance en âge.

Résonnances morbides. — On observe chez l'enfant toutes les résonnances morbides qui se remarquent chez l'adulte, et dans les mêmes circonstances. Elles correspondent aussi exactement à certains bruits anormaux de la respiration.

La *bronchophonie* existe à tous les degrés, et avec son timbre particulier, la voix résonne comme dans un tube métallique. Quand on ne peut entendre la voix, qu'elle est remplacée par des cris, ceux-ci ont un caractère spécial; ils sont bronchophones. La bronchophonie s'entend très-bien dans la pneumonie lobaire, les dilatations bronchiques, les infiltrations tuberculeuses considérables. Elle est tantôt évidente, tantôt douteuse. On ne l'entend presque jamais dans la pneumonie lobulaire. Je ne répéterai pas ici l'énumération des circonstances auxquelles la bronchophonie est due, de celles qui s'opposent à sa production. On peut appliquer ici ce que j'ai dit à propos du souffle bronchique, ces deux phénomènes coïncidant toujours ensemble.

La *pectoriloquie* ne présente rien de particulier; elle est tantôt claire, tantôt douteuse, éloignée ou rapprochée. Elle coïncide avec des gargouillements et du souffle caverneux. On l'entend plus rarement que chez l'adulte à cause de la marche différente de la phthisie. Chez les très-jeunes enfants elle se développe d'une manière aiguë, et souvent la mort a lieu avant que de grandes cavités se soient formées, quelquefois même avant le ramollissement complet des tubercules.

L'*égophonie* ne s'entend que rarement, parce que les pleurésies sont presque toujours partielles et circonscrites; elle a lieu dans la pleurésie intense, et se présente avec les mêmes caractères que chez l'adulte. Seulement, elle est plus difficile encore à distinguer de la bronchophonie. Elle paraît au début de l'épanchement, diminue quand il augmente, et revient à mesure que la résolution s'opère.

Plus d'une fois pendant que, l'oreille appliquée contre la poitrine d'un enfant, j'essayais en vain par mes questions de le déterminer à parler, j'ai été frappé de cette remarque; savoir, que ma voix retentissait avec presque autant de force que celle du malade, et pouvait ainsi me donner *extérieurement* ce qui me manquait *intérieurement*. J'ai répété bien des fois l'expérience, et dans le plus grand nombre des cas elle a réussi. J'ai appliqué souvent ce mode d'exploration chez l'adulte avec M. Piedagnel, et nous avons reconnu que cette résonnance artificielle avait les mêmes caractères, timbre et intensité, que celle produite par la voix du malade. J'ai trouvé le procédé applicable au développement de la bronchophonie, de la pectoriloquie, mais surtout de l'égophonie. Je n'ai jamais pu constater aucune résonnance dans les cas où les poumons parfaitement sains donnent une respiration puérile dans la bronchite simple; très-rarement je l'ai pu distinguer dans la pneumonie lobulaire. Je ne cherche nullement à expliquer le phénomène; il me suffit de dire quel parti j'en ai pu tirer.

Toux. — L'auscultation de la toux ne présente ici presque rien de particulier, si ce n'est la peine qu'on a souvent à l'obtenir du malade. Elle ne résonne nullement quand la respiration est puérile; elle est tubaire quand la respiration est bronchique; caverneuse dans les cas d'excavation bronchique ou tuberculeuse.

Seulement, quand on recommande aux petits malades dont la poitrine est saine de tousser avec force, on entend, pendant les premières expirations, un déplissement des vésicules pulmonaires accompagné d'un râle crépitant extrêmement fin et sec, qui pourrait en imposer et faire croire à l'existence d'une pneumonie au premier degré ou d'un emphysème pulmonaire.

Dans la coqueluche, la toux a une influence marquée sur les phénomènes stéthoscopiques; à l'imminence d'une quinte le bruit respiratoire est faible, presque entièrement suspendu; on entend un murmure léger mélangé de râles muqueux et sibilant, puis survient un accès de toux suivi d'expectoration; le râle humide disparaît et la respiration se rétablit accompagnée de râle sonore.

Dans le croup, la toux résonne avec un bruit métallique. Quand la trachée et les bronches sont remplies de fausses membranes peu adhérentes, on entend à chaque secousse un claquement produit par leur déplacement.

Dans les fistules pulmonaires, la toux a le caractère amphorique. Dans les pneumonies lobaires, les pleurésies, la toux résonne fortement comme chez l'adulte. Dans la pneumonie lobulaire on n'entend aucune résonnance morbide, le phénomène se passe entièrement dans la gorge. Les enfants sont trop affaissés pour contracter les muscles de la poitrine.

Bruits étrangers, râles. — On rencontre chez les enfants tous les râles que Laënnec a signalés chez les adultes, râles vésiculaires et bronchiques, secs ou humides. Ils présentent toutefois ici quelques différences que je vais indiquer.

Râle crépitant. — Il existe dans l'enfance avec toutes ses variétés; il est sec ou humide, gros ou fin, rare ou abondant.

Il s'entend dans la pneumonie lobaire, et persiste pendant tout le temps que la maladie reste au premier degré; il est suspendu quand le poumon est hépatisé, reparaît (*redux*) quand la résolution s'opère, puis devient plus gros, plus humide, et cesse entièrement quand la résolution est complète. Toutefois, il m'a paru se prolonger plus longtemps après la guérison, quand déjà depuis plusieurs semaines il n'y avait plus ni fièvre, ni dyspnée. Il se manifeste avant la matité, s'entend quelquefois en son absence, et dans les autres cas persiste quelque temps encore après qu'elle a cessé. Il est aussi toujours plus gros, plus humide que chez l'adulte. Le râle

crépitant le mieux caractérisé est celui qui se produit dans l'état normal après un effort de toux. La force du bruit vésiculaire, l'absence de fièvre, de dyspnée, l'absence du râle lui-même quand on ne fait pas tousser le malade, empêcheront qu'on ne le confonde avec celui qui annonce un engouement inflammatoire du poumon.

Il n'existe pas toujours dans les pneumonies qui ont leur siége à la partie centrale du poumon. Pour le produire, il faut faire faire aux malades des inspirations fortes, ou même encore les engager à tousser plusieurs fois de suite; on l'entend alors, mais sourd et éloigné.

Dans la pneumonie lobulaire intense, le râle qu'on entend est singulièrement modifié, mêlé à une respiration exagérée du souffle bronchique obscur, du rhonchus et du râle sibilant. Le râle crépitant est alors sec, mais en même temps assez gros et toujours très-abondant. Il est en quelque sorte confluent, et les bulles sont tellement rapprochées, que les crépitations isolées se confondent et semblent réunies en une masse qui se soulève à chaque mouvement de la poitrine. Une secousse de toux les écarte pour un moment, puis leur réunion a lieu de nouveau.

Dans l'œdème du poumon, résultat d'une infiltration générale ou d'une affection du cœur, on entend un râle crépitant très-gros et humide (sous-crépitant).

Dans l'emphysème du poumon vésiculaire, interlobulaire ou interlobaire, le râle crépitant est sec et fin. On ne l'entend pas constamment à cause de l'exagération du bruit vésiculaire normal, dans les points nombreux où le tissu pulmonaire est resté sain.

Les râles muqueux, caverneux, le gargouillement, existent dans les mêmes circonstances que chez l'adulte : bronchite, excavation tuberculeuse, dilatation bronchique, hépatisation grise. Seulement; il faut noter que les râles qui se remplacent quelquefois chez l'adulte se succèdent ici plus souvent avec de fréquentes alternatives.

Dans les catarrhes intenses qui accompagnent la rougeole et suffisent quelquefois pour amener la mort, le râle est sous-crépitant, et mêlé de rhonchus et de râle sibilant.

Râles secs. — On retrouve dans la bronchite les râles secs, rhonchus sibilant, chant de tourterelle, soit seuls, soit mêlés à du râle humide muqueux ou sous-crépitant.

Dans la coqueluche, on trouve souvent tous ces râles réunis.

Bruit de soupape. — Dans plusieurs cas de croup bronchique, j'ai entendu, en arrière de la poitrine, un bruit de soupape qui m'a fait reconnaître la présence de fausses membranes flottantes dans les bronches. On sentira toute l'importance de ce phénomène, en se rappelant que la trachéotomie ne présente quelques chances de succès que dans les cas où la sécrétion albumineuse est bornée au larynx.

Expiration prolongée. — Jackson de Philadelphie a observé, chez l'adulte, une prolongation de l'expiration, à laquelle il attribue avec raison une grande valeur diagnostique dans les affections tuberculeuses commençantes. Je l'ai trouvée souvent, chez l'enfant, au début de la phthisie.

Craquements. — Il en est de même des craquements qui existent dans des circonstances pareilles. Ce bruit particulier ne peut être comparé à aucun râle. Il existe pendant les deux bruits respiratoires, et même dans l'intervalle qui les sépare. J'ai constamment pu noter cette dernière particularité qui peut servir à distinguer les craquements des différents râles. Je ne sache pas qu'aucun auteur ait fait cette remarque.

Bruit de frottement. — J'ai entendu plusieurs fois, mais plus rarement que chez l'adulte, le bruit de frottement de la plèvre ascendant et descendant, au début et à la terminaison de la pleurésie sèche ou accompagnée d'un épanchement peu abondant. Il coïncidait avec un frémissement très-sensible à la main pendant la respiration, nul pendant la phonation, et avec une résonnance égophone de la voix.

Tintement métallique; voix, respiration, toux amphoriques. — Les perforations pulmonaires, les grandes excavations, sont rares chez les enfants; aussi a-t-on peu d'occasions d'entendre le tintement métallique, la voix, la toux, la respiration amphoriques. Toutefois, je les ai entendus plusieurs fois chez des phthisiques ou des enfants atteints de gangrène du poumon. Dans un cas de phthisie observée sur une enfant de douze ans, qui fut prise subitement de tous les signes d'une perforation de la plèvre, point de côté, dyspnée, fièvre, dilatation rapide d'un côté de la poitrine, sonorité exagérée, tintement métallique, voix, respiration, toux amphorique, on a pu suivre pas à pas les efforts de la nature tendant à la guérison. Les phénomènes stéthoscopiques qu'on percevait d'abord dans tout le côté de la poitrine ont peu à peu diminué d'étendue pour cesser complétement, et la malade est sortie paraissant guérie.

REVUE MÉDICALE. — Déc. 1838.

Mémoire sur les rapports qui existent entre le ramollissement cérébral et les symptômes qu'on lui attribue; lu à la Société médicale des internes, par M. MAX. DURAND FARDEL, interne de la Salpêtrière.

L'histoire du ramollissement du cerveau comprend

toute l'histoire de la pathologie de cet organe. Prenez en effet ses lésions traumatiques, ses diverses formes d'hémorrhagie, son inflammation, soit à son début, soit à sa dernière période, et avec les transformations qu'elle a subies, et partout vous trouvez dans le ramollissement un élément important, souvent essentiel de la maladie.

Le mot de ramollissement exprimant une manière d'être commune à plusieurs états morbides, fort différents, des centres nerveux, est donc mauvais dans ce sens qu'il réunit des choses dissemblables, et établit une confusion nuisible aux progrès de la science. Il faut le dire, s'il a été conservé jusqu'ici, ce n'est pas qu'on ait méconnu ce vice qui lui est attaché; mais c'est faute de pouvoir distinguer exactement ce qu'il confond; c'est impuissance de marquer du doigt ces différences que l'on entrevoit, mais qui échappent aux efforts que l'on fait pour les saisir.

Ce progrès est un des plus intéressants de ceux que réclame la pathologie moderne. On y arrivera, je pense, à l'aide de travaux opiniâtres et surtout consciencieux; mais on se tromperait peut-être si l'on voulait leur donner un caractère d'exactitude mathématique dont la pathologie des centres nerveux ne me paraît guères susceptible. Quelques vérités capitales surgiront sans doute de loin en loin, comme des jalons indiquant la ligne droite qu'il faut suivre; mais dans leurs intervalles il faudra s'aider seulement du coup d'œil; c'est-à-dire que, livré aux ressources de l'imagination, on n'arrivera qu'à l'aide d'un esprit sûr et hardi à la fois, mais non pas probablement sans quelques écarts.

Les travaux de MM. Rostan et Andral sur le ramollissement cérébral, tout en avançant le diagnostic de cette maladie, ont peu servi cependant à éclairer les points principaux de son histoire. Cela tient à ce que ces savants professeurs, et ce dernier surtout, ont fixé leur attention bien plus sur des formes symptomatiques dont ils se sont peut-être exagéré l'importance, que sur leur cause essentielle, sur l'élément organique auquel elles doivent leur existence. Les symptômes, en effet, ne constituent pas la maladie, comme le prétendent la plupart des auteurs anglais; ils ne sont que l'expression de la maladie; ils sont à l'organisme ce qu'est le son aux corps qui le produisent, ce qu'est la lumière aux corps incandescents.

Cependant, cette question difficile et complexe de la nature du ramollissement cérébral, que la plupart des écrivains semblent aborder avec hésitation (1), et dans laquelle, au contraire, d'autres, comme MM. Lallemand et Bouillaud, ont porté peut-être un esprit trop exclusif, il faut tâcher de la préparer en éclaircissant autant que possible l'obscurité qui règne sur presque tous les points de l'histoire de cette maladie, soit qu'on la considère en elle-même ou qu'on étudie ses rapports avec ses causes, ses symptômes, les altérations concomitantes, etc. C'est cette pensée d'élucidation qui doit présider à toutes les recherches sur les maladies cérébrales. Leur histoire a moins besoin de théories nouvelles, que d'une interprétation fidèle des phénomènes qui les constituent; phénomènes que nous observons tous les jours, et dont cependant nous avons tant de peine à nous rendre compte.

Je veux étudier dans ce travail la nature des liens qui unissent le ramollissement cérébral aux symptômes qu'il paraît déterminer, et chercher s'il est possible de découvrir entre eux ces relations intimes, constantes, dont la connaissance facilite tellement l'intelligence des maladies.

M. Rostan avait paru dès le principe simplifier cette question, en nous montrant une succession de phénomènes toujours semblables, dessinant de loin, en quelque sorte, aux yeux de l'observateur, l'altération qui leur avait donné naissance. Mais depuis, de nombreuses observations sont venues démontrer qu'il y avait au contraire dans la séméiologie peu de points aussi obscurs que ceux qui se rattachaient au ramollissement cérébral, maladie si capricieuse dans ses formes symptomatiques, que, tandis que les uns la regardaient comme essentiellement chronique, les autres croyaient lui reconnaître le plus souvent au moins un caractère d'acuité.

Il est certain que le ramollissement du cerveau est tantôt aigu, tantôt chronique. Ces deux formes si importantes à bien distinguer, ne sont pas dans tous les cas aussi faciles à reconnaître qu'on pourrait le croire, et les symptômes qui sembleraient devoir faciliter cette distinction ne font souvent que l'obscurcir.

En effet, un ramollissement peut survenir d'une façon aiguë chez une personne sujette depuis long-

(1) Parmi les auteurs qui ont écrit sur le ramollissement cérébral, les uns ont cru devoir toujours le considérer comme le produit d'une encéphalite (Rochoux, Moulin, Pallasier, Foville, etc.); les autres, en plus grand nombre, et M. Rostan le premier, ont pensé que quelquefois inflammatoire, il était souvent de nature différente; simple altération sénile (Rostan, Delaberge et Monneret); résultat d'une maladie des artères (Carswell); analogue à la gangrène (Abercrombie), au cancer (Récamier); aux affections scorbutiques (Rostan). Mais il faut remarquer qu'en admettant ce principe général, ils n'ont pas essayé d'en faire l'application, et nous ont rarement montré comment ils concevaient l'analyse et le classement de chaque fait en particulier. Cette réserve leur était commandée sans doute par la difficulté du sujet: aussi n'est-ce pas un reproche que je prétends leur adresser; c'est seulement un fait que je constate, une lacune que j'indique.

temps à ces accidents de congestion cérébrale qui annoncent souvent le développement d'un ramollissement chronique, mais dont souvent aussi on ne trouve pas la raison sur le cadavre.

On voit que si on s'en rapportait uniquement aux symptômes, on ferait remonter à une époque éloignée une altération qui ne date peut-être que de quelques jours. Du reste, ce ramollissement aigu, dans beaucoup de cas au moins, se présente sous une apparence qu'il est facile de distinguer avec un peu d'attention. En effet, si l'on rencontre un ramollissement léger, sans diffluence, d'une rougeur plus ou moins vive, occupant la superficie des circonvolutions ou des parois ventriculaires, on ne sera guères porté à lui attribuer une origine ancienne.

Dans quelques cas encore, on trouve un ramollissement aigu enté sur un ramollissement chronique; on ne les distinguera l'un de l'autre que par une étude attentive des formes anatomiques; car ce n'est pas celle des symptômes qui pourra éclairer la difficulté. Dans ces cas, il est vrai, des accidents aigus sont venus ordinairement s'ajouter d'une façon bien tranchée aux symptômes anciens, et il semble que rien ne doive être plus facile que de faire la part des deux altérations anatomiques chroniques. Mais si l'on songe que dans la plupart des ramollissements chroniques, la vie se termine par des accidents aigus tout à fait semblables à ceux auxquels je viens de faire allusion, et pour l'explication desquels on ne trouve après la mort rien de particulier, on n'osera plus dès lors s'appuyer uniquement sur des signes aussi peu certains, pour interpréter les résultats de l'anatomie pathologique.

Il arrive donc fort souvent que chez des personnes qui ont succombé à des accidents apoplectiformes aigus on ne trouve autre chose qu'un ramollissement chronique; c'est-à-dire tout à fait semblable à ceux que l'on rencontre chez d'anciens hémiplégiques, chez d'anciens aliénés, et dont la nature alors ne saurait être douteuse. En même temps la forme de ces ramollissements, le degré d'atrophie, ou au moins de désorganisation complète des parties qui en sont le siége, leur infiltration par un liquide blanchâtre et trouble, bien différent du pus, et que MM. Cruveilhier et Dechambre ont décrit sous le nom de *lait de chaux*, les points partiels d'induration qui les avoisinent souvent, tout semble attester leur origine éloignée.

C'est dans ces cas cependant que l'erreur est facile, que souvent sans doute elle a été commise. Un malade tombe frappé d'apoplexie; il meurt au bout d'un ou plusieurs jours. On rencontre un ramollissement qui paraît ancien, et aucune autre altération, pour expliquer les accidents aigus. Si l'on interroge les antécédents, on trouve ordinairement des prodrômes plus ou moins tranchés; alors il est permis de penser que l'altération était réellement ancienne, et que c'est une circonstance dont la nature est inconnue encore qui a donné lieu aux accidents récents.

Mais, dans d'autres cas, les renseignements seront complétement ou presque complétement négatifs. Qu'en conclura-t-on? Que de ces deux altérations tout à fait semblables, l'une existe depuis plusieurs années; que l'autre s'est formée en quelques heures? Non, sans doute: la cause de l'incertitude où l'on est, de l'erreur où l'on peut tomber, il faut la chercher dans les symptômes, et non point dans la lésion anatomique. Que l'on me permette de développer en peu de mots cette dernière proposition.

Deux altérations parfaitement semblables sont nécessairement de même nature, sœurs par leur cause, leur marche, aussi bien que par leur apparence anatomique. Le principe qui les a fait naître ne peut qu'être à peu près le même; pour revêtir un aspect aussi semblable, elles ont dû suivre la même voie; et s'il arrive que deux altérations semblables aient une origine un peu différente, les transformations qu'elles ont peu à peu subies les ont assez rapprochées pour qu'on ne puisse aucunement tenir compte, dans leur appréciation actuelle, des dissemblances qu'elles ont pu présenter à leur naissance.

Il n'en est pas de même des symptômes.

Je crois que l'on peut établir qu'en général, surtout dans la pathologie cérébrale, les symptômes résultent moins de l'altération locale, visible, prise matériellement, que de circonstances tout à fait inconnues, existant au-dehors d'elle, et qui, je le crains, seront longtemps un mystère. Une foule de faits le démontrent. Personne ne doute que le corps strié n'ait les mêmes fonctions chez tous les sujets. Eh bien! que trois individus soient frappés d'une hémorrhagie circonscrite dans cet organe; un aura une paralysie du bras; un autre de la jambe; un troisième une hémiplégie complète (Rochoux), et ce ne sera peut-être pas celui chez lequel l'hémorrhagie aura le plus d'étendue. Vous rencontrez chez plusieurs sujets une altération toute semblable de la superficie du cerveau; par exemple, cette atrophie partielle de quelques circonvolutions, avec coloration jaune, légère induration, texture membraniforme; chez un d'eux, il y avait démence; chez un autre hémiplégie; chez un autre, enfin, à peine quelque trouble appréciable des fonctions cérébrales. Cette altération locale n'est donc elle-même presque pour rien dans la physionomie des symptômes. Sans avoir recours ici à une ontologie contre laquelle nous n'entendrions plus s'élever une voix célèbre, ne peut-on pas admettre qu'au moyen d'une sorte de sympathie, si l'on veut, cette altération agit sur les parties qui l'avoisinent, et les modifie de diverses façons? Il semble que du point malade partent

des rayons qui se portent tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, et donnent ainsi des physionomies très-différentes à la même altération. Que l'on ne me reproche pas ce mot de *sympathie*. Vague comme le fait auquel il se rapporte, il est aussi l'expression d'une idée qui ressort naturellement de l'étude de la physiologie et de la pathologie des centres nerveux, et que M. Andral a rendue en disant « qu'il existe entre toutes les parties du système nerveux une solidarité merveilleuse qui les unit et les ramène à l'unité d'action. » (CLIN. MÉD., t. v, p. 581.) N'est-ce pas dire qu'il est presque impossible d'établir d'une façon absolue la localisation des fonctions ni des maladies du système nerveux; non pas que chaque point n'ait des fonctions spéciales, et que sa lésion ne doive entraîner des troubles particuliers; mais c'est que les relations étroites qui unissent ensemble ces points divers ne permettent pas d'isoler dans l'observation ce qui appartient à chacun d'eux, et de distinguer avec précision le point de départ de la fonction ou du symptôme que l'on cherche à localiser.

Je crois donc que s'il ne faut pas refuser les lumières que peut nous fournir l'étude des symptômes, il faut être sobre d'inductions à leur égard, et craindre de leur accorder une confiance qu'ils ne méritent pas. Ces considérations, du reste, qui s'adressent spécialement à la symptomatologie cérébrale, ne sauraient s'appliquer sans restriction aux maladies des autres organes.

Il est encore deux ordres de faits sur lesquels je m'appuie pour refuser aux symptômes, dans le ramollissement cérébral, l'importance que l'on pourrait être tenté de leur attribuer.

A. Les premiers sont des cas où des symptômes apoplectiques bien tranchés, c'est-à-dire tout à fait semblables à ceux qui terminent souvent la vie de sujets affectés de ramollissement, se sont montrés, sans qu'il fût possible de les rattacher à aucune lésion organique appréciable.

B. Les autres sont ceux où l'on a trouvé un ramollissement du cerveau chez des individus qui n'avaient présenté pendant leur vie aucun phénomène capable d'en faire soupçonner l'existence.

Je vais étudier successivement ces deux classes de faits.

A. Il n'est pas rare de voir succomber à des attaques apoplectiformes bien caractérisées, des individus à l'autopsie desquels on cherche en vain une altération qui rende une compte satisfaisant des accidents qui les ont emportés. Quelquefois ces symptômes cérébraux, chose remarquable, paraissent être sympathiques d'une phlegmasie viscérale très-aiguë, qu'ils masquent complétement. C'est même une forme de la pneumonie des vieillards qu'il importe de connaître, et il ne sera peut-être pas sans intérêt de rapprocher ces phénomènes apoplectiques de la pneumonie des vieillards, des symptômes ataxiques de la fièvre typhoïde chez les adultes, des convulsions des enfants atteints d'affections vermineuses, etc., et de montrer qu'ainsi chaque âge nous présente un groupe particulier de phénomènes cérébraux indépendant de toute lésion anatomique appréciable.

Plusieurs personnes pensent qu'on peut toujours rattacher à la congestion cérébrale ces accidents auxquels les premiers anatomo-pathologistes avaient donné le nom d'apoplexie nerveuse. Cette supposition, qui a l'avantage de remplacer une inconnue par un fait, peut être soutenue dans beaucoup de cas, avec quelque apparence de raison, mais souvent aussi ne paraît guères admissible.

La congestion dans le cerveau se présente sous deux formes: elle est caractérisée, tantôt par la plénitude et la rougeur des vaisseaux, tantôt par l'augmentation de la quantité normale de sérosité contenue dans le crâne avec pâleur des tissus. La première forme paraît se rapporter spécialement à une augmentation de la circulation artérielle; la seconde à un engorgement du système veineux, consécutif souvent à la précédente. La présence d'une certaine quantité de sérosité dans le crâne peut donc suffire pour indiquer l'existence d'une congestion cérébrale. Mais comment apprécier la valeur de ce phénomène lorsque l'on sait que chez les gens âgés surtout (ceux chez qui l'on fait en général ce genre d'observations) la quantité de sérosité physiologique présente les plus grandes variétés; et qu'ainsi chez les uns, la pie-mère peut être infiltrée dans l'épaisseur de plusieurs lignes, sans que le cerveau en soit aucunement gêné, parce que cette infiltration lente et consécutive au retrait progressif de cet organe n'exerce sur lui aucune compression; tandis que chez les autres au contraire, dont le cerveau volumineux remplit le crâne, l'épanchement d'une petite quantité de sérosité détermine des symptômes de compression grave. J'ai cru reconnaître, il est vrai, que chez les sujets chez qui la sérosité existait depuis longtemps, les circonvolutions étaient arrondies, comme à l'état normal, et écartées par la sérosité sans que leur forme parût autrement altérée; que si au contraire la sérosité s'était épanchée rapidement, bien qu'en moindre quantité, elle aplatissait souvent les circonvolutions, et les rapprochait au lieu de les écarter. Ce signe serait précieux s'il était toujours sanctionné par l'expérience; il m'a constamment paru jusqu'ici en rapport avec les phénomènes observés pendant la vie: mais il a besoin de faits plus nombreux encore pour acquérir un degré suffisant de certitude.

Il est certain qu'à la suite des apoplexies dites nerveuses, il est très-ordinaire de trouver un certain

degré de congestion sanguine ou séreuse, à laquelle il est peut-être permis d'attribuer quelque part dans leur production; et nul doute que dans beaucoup de cas on n'ait négligé de tenir compte de ces circonstances, propres à échapper à des yeux peu habitués à ce genre d'observation.

Mais il faut dire que dans quelques cas rares on ne trouve rien dans la cavité du crâne qui puisse permettre même de supposer l'existence d'une congestion. Dira-t-on que dans ces cas la congestion a existé dans le principe, mais qu'elle a disparu à la fin de la vie, ou après la mort? Dans un ouvrage récemment publié, M. Gendrin a soutenu cette hypothèse: « Les altérations de la congestion cérébrale, dit-il, ont été facilement méconnues. Ensuite elles peuvent facilement disparaître après la mort. Il se fait toujours un certain degré d'absorption de la sérosité; et ne voit-on pas les rougeurs inflammatoires de la peau, de la bouche, des conjonctives.... disparaître après la mort? » (TRAITÉ PHILOSOPHIQUE DE MÉDECINE PRATIQUE, t. 1, p. 491.) Cet auteur me paraît s'être mépris sur l'analogie qu'il admet entre les altérations de ces diverses surfaces dont les unes sont soumises à la pression atmosphérique et les autres complétement soustraites à cette influence. M. Scoutetten a reconnu par des expériences faites sur des animaux, que sur quelque surface que l'on développât de l'inflammation, on voyait les traces de cette dernière disparaître après la mort, si on la laissait exposée à la pression atmosphérique, persister au contraire dans les circonstances opposées. (ARCH. GÉN. DE MÉD.) La disparition de la congestion cérébrale après la mort paraît d'autant plus, je ne dirai pas impossible, mais au moins difficile à admettre, que, d'après les recherches du docteur Kellie de Leith (TRANS. DE LA SOCIÉTÉ MÉD. D'ÉDIMBOURG, t. 1), la pression de l'atmosphère qui s'exerce sur toute la surface du corps, et non pas sur les organes contenus dans le crâne, suffit souvent pour déterminer, après la mort, une congestion encéphalique, et doit surtout s'opposer à la disparition d'une semblable congestion. Quant à l'absorption de la sérosité, on a entendu parler des recherches de M. Nathalis Guillot sur ce sujet curieux et qui a besoin d'études nouvelles.

Il faut donc convenir qu'il y a une certaine modification des fonctions cérébrales qui simule parfaitement une apoplexie proprement dite, et qui tantôt sympathique d'une altération locale des centres nerveux eux-mêmes, ou d'une maladie éloignée, tantôt résultat probable d'un certain degré de congestion sanguine de l'encéphale, reste quelquefois totalement inconnue dans sa nature à moins qu'on ne trouve moyen de l'expliquer par l'anémie du cerveau avec M. le professeur Andral, par l'absorption de la sérosité des ventricules avec M. Nathalis Guillot ou par quelqu'autre hypothèse ingénieuse, mais sans doute contestable. Et de ce fait on doit naturellement conclure, que lorsqu'à la suite d'accidents apoplectiques aigus, on ne trouve à l'autopsie qu'un ramollissement d'apparence chronique, il faut se garder d'établir comme nécessaire, entre l'altération anatomique et l'appareil symptomatique, un rapport qui n'existe peut-être pas, et demeurer dans un doute philosophique sur la cause des accidents mortels, plutôt que de leur chercher une interprétation que la réflexion et d'autres faits viendraient bientôt démentir.

B. On trouve quelquefois des ramollissements considérables dans le cerveau des sujets chez lesquels on n'avait observé pendant la vie aucun symptôme propre à faire soupçonner l'existence d'une altération cérébrale. Ces faits rares se rencontreraient plus souvent sans doute si l'on avait le soin d'examiner attentivement le cerveau de tous les sujets morts de maladies étrangères à cet organe. On ne saurait croire combien d'altérations diverses on rencontre dans le cerveau de vieillards, chez lesquels on n'avait observé durant la vie aucun phénomène qu'on pût rapporter à cet organe, si ce n'est peut-être ces troubles fonctionnels plus ou moins prononcés, qui accompagnent toujours un âge avancé, et qu'il n'est pas possible de rattacher à une altération précise du système nerveux.

Si, par une circonstance étrangère à ces ramollissements eux-mêmes, on avait observé avant la mort ces symptômes apoplectiformes que produit soit une forte congestion cérébrale, soit cette altération inconnue qui ne laisse point sur le cadavre de traces de son existence, on n'eût pas manqué sans doute d'attribuer ces symptômes au ramollissement, seul capable dans ce cas d'expliquer la mort et les phénomènes qui l'avaient précédée; alors l'absence de symptômes précurseurs aurait rendu l'erreur plus grande encore, et l'on se serait cru obligé de noter comme exemple de ramollissement aigu, un cas où la maladie avait au contraire suivi une marche essentiellement chronique. Sans doute plus d'un fait de ce genre s'est présenté à l'observation; il n'y a aucune raison de le nier.

Loin de moi cependant la pensée d'isoler à ce point les manifestations symptomatiques des altérations organiques, que je me refuse à voir entre elles ces relations de cause à effet qui les unissent si étroitement dans la plupart des cas. Mais toutes les fois que la pathologie cérébrale me présentera de ces contradictions que je sais bien n'être qu'apparentes, car la nature n'enfreint jamais les lois qu'elle s'est posées, toutes les fois que je verrai fonder l'interprétation des faits sur des phénomènes dont la valeur est impossible à apprécier avec précision, je serai en droit d'en appeler à ces prétendues

exceptions qui ne sont pas, comme on l'a dit, de simples curiosités, mais qui sont une expression particulière de la vérité, dont il est d'autant plus important de tenir compte pour rectifier nos idées qu'elle se présente plus rarement à nous.

Je vais rapporter une série d'observations qui me paraissent de nature à appuyer fortement la manière de voir que je viens de développer. Elles nous montreront des altérations semblables s'accompagnant de symptômes tantôt lents et successifs, tantôt subits et de courte durée, se montrant quelquefois même sans symptômes; et d'un autre côté, elles nous feront voir qu'un même groupe de symptômes peut se montrer à la suite d'altérations chroniques, comme d'altérations aigues, et même indépendamment de toute altération visible. Il a dû suffire du rapprochement de ces faits qui ont été peut-être étudiés trop isolément jusqu'ici pour faire naître les réflexions qui précèdent.

A. OBSERVATIONS OU, D'APRÈS LA MARCHE DES ACCIDENTS, L'ANCIENNETÉ DU RAMOLLISSEMENT EST ÉVIDENTE.

Hémiplégie incomplète depuis sept ans ; intégrité de la parole et de l'intelligence ; mort d'épuisement par suite d'un cancer de l'utérus. Ramollissement considérable d'un lobe antérieur du cerveau, sans changement de couleur.

Obs. I. — La nommée D'Outremont, âgée de 51 ans, rapporte qu'il y a sept ans, elle a été prise d'hémiplégie gauche subite, sans perte de connaissance. Elle bavait et parlait avec peine au commencement, mais cela s'est dissipé promptement; maintenant elle prononce distinctement. L'intelligence et la mémoire paraissent intactes. La langue est droite et se meut librement. L'hémiplégie d'abord complète a un peu diminué; la malade a pu marcher en boitant; elle a pu faire quelque usage de son bras paralysé. Depuis plusieurs mois, la marche est devenue impossible; et dès cette époque l'urine a commencé à couler involontairement. Il y a de légers mouvements du bras et de la jambe gauches; la sensibilité y est un peu diminuée.

Cette femme était affectée en même temps d'un cancer de l'utérus avancé. Elle tomba dans un affaissement profond, et mourut, sans présenter de nouveaux symptômes du côté du cerveau, dans le mois de mai 1858.

Autopsie. Les os du crâne sont assez épais; l'arachnoïde contient une assez grande quantité de sérosité. La pie-mère n'offre rien à noter. Rien à l'extérieur du cerveau.

On trouve dans le lobe antérieur droit un ramollissement de l'étendue d'un gros œuf de pigeon. Ce ramollissement est limité en dehors et en avant par la substance corticale, en arrière par le corps strié. La partie ramollie n'offre aucun changement de couleur, si ce n'est qu'à son centre elle paraît d'un blanc plus mat que la substance saine. Cette partie centrale est en même temps d'une mollesse extrême, presque réduite en bouillie; le pourtour du ramollissement se fond dans quelques points avec la substance saine; dans d'autres il s'arrête brusquement. Peu de sérosité dans les ventricules latéraux.

Engouement des poumons; cancer de l'utérus; atrophie de la vésicule du fiel.

Hémiplégie ancienne avec contracture ; affaiblissement graduel des facultés ; ramollissement blanc de la substance médullaire; cicatrices des circonvolutions.

Obs. II. — La nommée Aubert, portière, âgée de 77 ans, est entrée à la Salpêtrière en 1854 avec une paralysie du bras gauche; elle parlait et marchait assez bien; on n'a pas d'autres renseignements. Depuis huit mois, elle ne marche plus; son intelligence toujours peu développée s'affaiblit de plus en plus. Depuis six semaines, elle ne retient plus ses urines.

A son entrée à l'infirmerie, le 31 juillet 1858, nous la trouvâmes dans l'état suivant:

Figure exprimant la stupidité, intelligence profondément altérée; paralysie complète du bras gauche, sans diminution de la sensibilité; fortement contracturé, il était toujours fléchi sur la poitrine; un peu de roideur et immobilité presque aussi complète de la jambe gauche. Elle répondait quelques mots aux questions qu'on lui faisait, mais bientôt elle cessa tout à fait de parler. Une large eschare se forma au siége; la langue se sécha, la circulation s'affaiblit; elle succomba le 16 septembre. La respiration était restée libre jusqu'à la fin.

Autopsie. Le crâne est très-lourd et d'une épaisseur assez grande; la dure-mère lui est intimement adhérente. La pie-mère est infiltrée de beaucoup de sérosité. Le cerveau est d'un petit volume; à la partie moyenne et interne de la convexité de l'hémisphère droit, immédiatement au-dessous des circonvolutions, on trouve un espace capable de loger un petit œuf de poule, occupé par un tissu celluleux lâche, infiltré d'un liquide blanchâtre. Ses parois, très-blanches, molles dans une certaine étendue, n'ont pas deux lignes d'épaisseur du côté de la convexité et de la grande scissure interlobaire. A la partie postérieure de ce ramollissement, au fond d'une anfractuosité, la substance corticale est jaune et ramollie; une altération semblable se montre au fond de deux anfractuosités voisines, avec intégrité des circonvolutions qui les séparent. Sur une des circonvolutions du lobe postérieur on trouve une petite

cicatrice jaunâtre. L'autre hémisphère est sain. Peu de sérosité dans les ventricules.

Hémiplégie gauche subite; plus tard, contracture. Mort au bout de six mois. Destruction d'une partie de l'hémisphère droit par un ramollissement jaunâtre à l'extérieur, blanc à l'intérieur.

Obs. III. — Une femme de 65 ans a été prise, au mois de janvier 1838, d'une attaque d'apoplexie. Il y a eu perte de connaissance, hémiplégie complète à gauche, Plus tard, la malade assura que son attaque n'avait été précédée d'aucun prodrome récent ou éloigné; il paraîtrait seulement qu'au moment de l'attaque elle a éprouvé une vive douleur dans les muscles.

L'intelligence et la parole se rétablirent. L'hémiplégie demeura toujours complète; seulement six semaines après l'attaque, à peu près, il survint de la contracture dans les membres paralysés. Ce phénomène se reproduisit souvent, accompagné de signes de congestion cérébrale. Il fallut pratiquer des saignées locales et générales. La malade s'éteignit lentement, et mourut le 9 juin. Un mois avant la mort, on avait constaté de la matité du côté gauche de la poitrine.

Autopsie. Après l'incision de la dure-mère, il s'écoule quelques cuillerées d'un liquide trouble, grisâtre, qui paraissait contenu dans la cavité de l'arachnoïde.

L'hémisphère droit présente un volume beaucoup plus petit que l'autre, ce qui est dû à la destruction de toute sa partie externe. En effet, les circonvolutions de cette région sont à peu près détruites, remplacées par une substance d'un jaune vif, très-molle, sans forme distincte. La substance blanche, qui est au-dessous extrêmement molle, presque en bouillie dans toute la moitié externe de l'hémisphère, présente dans quelques points une couleur grisâtre, comme si elle était mêlée de pus; dans d'autres une teinte blanche éclatante. Le corps strié de ce côté est d'un très-petit volume, comme atrophié, jaunâtre à l'extérieur, au dedans mou et d'un gris sale. Les ventricules sont très-dilatés, surtout le droit; ils contiennent un liquide trouble, grisâtre, abondant, semblable à celui que contenait l'arachnoïde.

Pneumonie générale du poumon gauche; points en suppuration.

Que les ramollissements que je viens de décrire soient ou non le résultat de la transformation d'hémorrhagies cérébrales, il nous suffit de constater l'ancienneté de la maladie, dont la marche chronique me paraît celle que suit habituellement le ramollissement cérébral chez les vieillards, bien que les symptômes ne soient pas, dans tous les cas, dans un rapport aussi évident avec une semblable forme que dans ceux que nous venons de rapporter. Quoique l'absence de renseignements précis rende fort difficile l'appréciation de la nature de la maladie à son début, je crois pouvoir présenter les considérations suivantes sur ce sujet.

Dans les deux premières observations, l'absence de coloration de la partie ramollie rend difficile de croire qu'il y ait jamais eu là de sang épanché. Lors même qu'un ramollissement consécutif vient à envelopper un foyer apoplectique, il est toujours un résidu du caillot qui, sous forme de kyste ou de cicatrice, résiste au travail désorganisateur qui l'environne. Au moins je ne sache pas qu'on ait jamais admis le fait contraire, qui me semblerait en opposition avec l'observation de tous les jours.

Dans la troisième observation, qui paraît avoir présenté la marche du ramollissement consécutif à une hémorrhagie cérébrale, faut-il admettre que la coloration jaune des circonvolutions soit la trace d'une apoplexie capillaire, cette forme d'infiltration hémorrhagique presque spéciale à la substance grise, et que M. Diday a bien décrite dans la Gaz. Méd. du 22 avril 1837?

J'ai remarqué que le ramollissement chronique donnait à peu près constamment à la substance corticale cette coloration jaune, même toutes les fois que la substance médullaire sous-jacente présentait un ramollissement blanc ou seulement grisâtre. J'ai même eu occasion dernièrement d'observer le passage du ramollissement de la substance corticale à cette altération jaunâtre toute particulière, qui pourrait bien n'en être qu'un mode de cicatrisation.

Le fait suivant, presque semblable à notre observation 3e, me paraît d'autant plus intéressant qu'il est un nouvel exemple de la difficulté de l'appréciation des symptômes dans les maladies cérébrales.

Obs. — Lemoine, âgée de 87 ans, était depuis longtemps à l'infirmerie de la Salpêtrière pour une affection de cœur grave, et qui paraissait devoir bientôt terminer ses jours. On ne remarqua jamais chez elle le moindre indice d'une affection cérébrale.

Le 12 mai 1838, elle perdit tout à coup connaissance, frappée d'hémiplégie gauche complète, sans roideur. Elle ne recouvra l'intelligence et la parole que fort incomplétement. Six semaines après l'attaque, il survint de la contracture et des douleurs très-vives dans les membres paralysés. Ces phénomènes persistèrent jusqu'à la mort, qui arriva dans un coma profond, six mois après l'attaque. Pendant tout ce temps, elle ne se plaignit ni de palpitations, ni d'étouffements. On avait cru pouvoir diagnostiquer avec assurance une hémorrhagie cérébrale suivie de ramollissement. On trouva toute la partie supérieure de l'hémisphère droit transformée en un tissu celluleux, lâche, infiltré d'une matière blanchâtre, grumeleuse, coulante (lait de chaux). Au-dessus, les

circonvolutions étaient réduites en une substance informe, mollasse, jaune, et dans quelques points légèrement verdâtre, intimement adhérente à la pie-mère. Le corps strié droit présentait la même altération.

B. OBSERVATIONS DE RAMOLLISSEMENT CHRONIQUE, OU IL Y A EU DES PRODROMES QUI POUVAIENT APPELER L'ATTENTION VERS LE CERVEAU, MAIS QUI N'ÉTAIENT PAS DE NATURE A FAIRE SOUPÇONNER L'EXISTENCE D'UNE DÉSORGANISATION DE CET ORGANE.

Paraplégie ancienne. Céphalalgie depuis long-temps; coma subit avec hémiplégie droite; mort au bout de 17 heures. Ramollissement blanc de l'hémisphère droit; apoplexie capillaire à gauche; ramollissement de la moelle.

Obs. IV. — Catherine Jacob, âgée de 47 ans, était depuis dix ans, affectée d'une paraplégie presque complète, survenue à la suite d'une chute sur le siége. Les membres supérieurs étaient parfaitement libres, l'intelligence intacte. Cette femme souffrait beaucoup de la tête.

Le 2 juin, elle se plaignit d'une céphalalgie plus vive qu'à l'ordinaire. Le lendemain matin, elle tomba subitement dans un coma profond, avec hémiplégie et anesthésie complètes du côté droit, sans roideur. A la suite de l'application de vingt sangsues au col, il survint beaucoup d'agitation, des efforts pour crier; on m'assura qu'il y eut alors des mouvements des deux bras. Le soir, résolution et insensibilité générales. Mort 17 heures après le début des derniers accidents.

Autopsie 32 heures après la mort.

Il s'écoule de l'arachnoïde quelques cuillerées de sérosité sanguinolente. Le feuillet pariétal de cette membrane est tapissé, dans toute son étendue, par une lame mince, d'un rouge vif, demi-transparente, d'une certaine consistance et nullement adhérente. Pas de sérosité dans la pie-mère. On trouve dans l'hémisphère gauche, au-dessous de la portion réfléchie du ventricule, un point assez étendu, de couleur lie de vin, un peu ramolli (apoplexie capillaire), occupant la substance blanche de la paroi inférieure du ventricule, et la substance grise des circonvolutions voisines. La substance médullaire du lobe postérieur de l'hémisphère *droit* présente un ramollissement étendu, *très-prononcé*, *mais tout à fait blanc*. Ramollissement de la portion cervicale de la moelle.

Étourdissements, affaiblissement des facultés depuis deux ans; coma subit, avec hémiplégie gauche. Ramollissement chronique du lobe postérieur droit. Hémorrhagie en dehors du corps strié.

Obs. V. — Une femme, âgée de 60 ans, était, depuis deux ans, plongée dans le chagrin, par suite de la mort de son mari. Depuis cette époque, elle avait de temps en temps des étourdissements, des faiblesses de jambes, et tombait sans perdre connaissance; sa mémoire et son intelligence s'affaiblissaient sensiblement. Cependant elle était encore en état de servir deux reposantes.

Le 25 juillet 1838, elle tomba tout à coup sans connaissance, frappée d'hémiplégie gauche complète. Elle vécut encore huit jours, plongée dans un coma profond, et présentant toujours une résolution complète, sans roideur aucune du côté gauche.

On trouva à l'autopsie les circonvolutions du lobe postérieur droit tout à fait déformées, jaunes, très-molles, intimement adhérentes à la pie-mère, au-dessous, un ramollissement blanc considérable, s'étendant presque jusqu'au ventricule, et allant rejoindre en dehors une hémorrhagie assez étendue, qui s'était faite entre le corps strié demeuré intact et les circonvolutions de l'*insula*. La couche optique participait un peu à l'altération hémorrhagique.

Je ne pense pas qu'il soit difficile de faire, dans ces deux cas, la part de l'altération aiguë, qui, sous forme d'hémorrhagie, a donné lieu aux accidents d'apoplexie qui ont terminé la vie, et de l'altération chronique qui n'avait, il est vrai, annoncé sa présence que par des symptômes peu prononcés. Cette distinction est, du reste, facilitée par les observations précédentes, qui ont démontré, avec la plus grande évidence, la nature chronique de ramollissements tout à fait semblables. Les faits de ce genre, et ils se rencontrent fréquemment, font voir que chez les vieillards, des symptômes, en apparence peu importants, représentent souvent des altérations beaucoup plus graves qu'on ne saurait le supposer.

C. OBSERVATIONS OU, A LA SUITE D'ACCIDENTS APOPLECTIFORMES BIEN TRANCHÉS, ON N'A TROUVÉ QU'UN RAMOLLISSEMENT CHRONIQUE.

Depuis plusieurs mois, céphalalgie, fourmillements dans les membres; coma subit avec hémiplégie gauche; mort le troisième jour; ramollissement chronique de l'hémisphère droit.

Obs. VI. Une femme de 76 ans se plaignait de céphalalgie, d'engourdissements et de fourmillements dans les membres. Elle avait eu une fois dans cet espace de temps une hémiplégie qui ne dura qu'un jour. Tout à coup, perte de connaissance, hémiplégie gauche complète du mouvement, anesthésie incomplète; déviation de la face à droite; stertor. Mort au bout de trois jours dans le même état.

Autopsie. Rien de remarquable dans les méninges.

On trouve à la partie moyenne de la convexité de l'hémisphère gauche un ramollissement de la substance grise, occupant à peu près deux circonvolutions, et s'étendant dans la profondeur de deux lignes dans la substance blanche. Un autre ramollissement occupait la corne sphénoïdale de l'hémisphère droit, se continuait à travers la substance médullaire jusqu'au corps strié, qui se trouvait presqu'entièrement détruit. Un filet d'eau. projeté sur ces ramollissements, pénétrait profondément dans la substance cérébrale.

La couleur de la substance grise ramollie n'était pas changée; la substance blanche formait une sorte de détritus très-mol et de couleur grisâtre. Assez grande quantité de sérosité dans les ventricules.

Rien du reste.

Les deux observations qui suivent sont empruntées à M. le professeur Andral.

Obs. VII. — Homme de 47 ans. Céphalalgie à gauche et faiblesse du côté droit depuis deux ans. Tout à coup perte de connaissance, coma, ronflement, conjonctives insensibles, face rouge, tuméfiée, bouche déviée à gauche, résolution et insensibilité générales. Pouls très-petit et fréquent. La respiration s'embarrasse. Mort le troisième jour. Hémisphère gauche plus volumineux que le droit.

Circonvolutions consistantes, mais aplaties et fluctuantes; au-dessous d'elles substance blanche très-molle, en bouillie grisâtre, jusqu'à la base. Aucun épanchement de sang; le ramollissement est traversé par des vaisseaux; rien aux méninges; peu de sérosité dans les ventricules. Poumons très-engoués. (Clinique médicale, t. v., obs. xix.)

Obs. VIII. — Homme de 69 ans. Bonne santé. A la suite de l'inspiration de vapeurs de charbon, céphalalgie pendant un mois, d'abord générale et avec étourdissements, puis fixée au pariétal gauche. Tout à coup perte de connaissance et de mouvement; membres flasques et résolus, insensibilité absolue, face rouge, violacée; lèvres gonflées et livides; stertor; pouls faible, irrégulier. Mort au bout de vingt heures. La partie moyenne de l'hémisphère gauche, le corps strié et la couche optique étaient transformés en une bouillie jaunâtre.

Rien d'ailleurs. (Loco cit., obs. xxi.)

Dans les observations suivantes, il nous sera possible de rattacher ces mêmes accidents apoplectiformes au développement d'un ramollissement aigu consécutif, distinct du ramollissement chronique et primitif.

D. Observations où la présence d'un ramollissement aigu ajouté à un ramollissement chronique explique les symptômes apoplectiformes observés a la fin de la vie.

Attaques légères de paralysie depuis un an; affaiblissement des facultés; assoupissement, puis coma, résolution et insensibilité générales; mort quatre jours après; ramollissement chronique du lobe postérieur gauche; ramollissement aigu de la surface des circonvolutions.

Obs. IX. — Suzanne Lharminot, âgée de 74 ans, était depuis un an sujette à des attaques légères; elle perdait tout à coup la connaissance, la parole; on la mettait sur son lit, et au bout de dix minutes, d'un quart d'heure elle revenait à elle.

Depuis cet hiver, elle était comme en enfance : ses paroles étaient sans suite, et ne répondaient pas aux questions qu'on lui faisait; cependant elle se levait tous les jours et se promenait; elle mangeait elle-même.

Le 20 mars 1838, on la trouva profondément assoupie; les mouvements étaient faibles et paresseux.

Le lendemain, coma complet, immobilité absolue, résolution et insensibilité générales, léger stertor, pouls à peu près normal. Mort quatre jours après.

Autopsie. Aspect normal des méninges. Lorsqu'on enlève la pie-mère, elle entraîne avec elle la couche la plus superficielle d'un grand nombre de circonvolutions. Un courant d'eau projeté sur la superficie du cerveau montre, sur un grand nombre de circonvolutions de la convexité, un ramollissement superficiel, bien limité, d'une couleur rosée, avec un peu de pointillé rouge dans quelques points. Les circonvolutions du lobe postérieur gauche sont entièrement détruites, et réduites en une sorte de bouillie d'un jaune légèrement fauve; ce ramollissement a envahi presque toute l'épaisseur du lobe jusqu'au ventricule qui n'est séparé que par une lame mince de tissu sain.

Il est bien évident que ces deux altérations ne dataient pas de la même époque. Le ramollissement du lobe postérieur présentait au plus haut degré le caractère d'une désorganisation lente et profonde; quant au ramollissement rose et superficiel de la convexité du cerveau, un certain nombre de faits de ce genre me portent à penser, non-seulement qu'il est moins ancien que l'autre, ce qui ne peut faire de doute pour personne, mais encore qu'il est contemporain des derniers accidents, qu'il s'est formé peu de jours avant la mort.

J'ai développé cette manière de voir dans un travail publié dans les Archives générales de médecine (février 1839), où j'ai cru devoir rattacher à l'inflammation ces ramollissements rosés, étendus, de la surface du cerveau qui se présentent souvent sous la forme apoplectique, mais qui quelquefois aussi s'annoncent par des symptômes différents. Plusieurs fois dans le cours de l'année dernière, j'ai eu occasion de rencontrer ces ramol-

lissements aigus entés sur des ramollissements chroniques, et dans tous les cas des accidents remarquables avaient immédiatement précédé la mort. Parmi ces faits, le suivant m'a paru un des plus frappants.

Obs. X. — Madame Beaufils, âgée de 62 ans, était affectée de démence depuis plusieurs années. Deux mois avant sa mort, elle tomba dans un état d'affaissement et d'imbécilité, qui paraissait être le premier degré de la paralysie générale des aliénés. Il n'y avait point précisément paralysie, mais les mouvements étaient faibles et incertains. Un matin, elle fut prise de convulsions épileptiformes, très-prononcées surtout à gauche, et qui se reproduisirent pendant toute la journée. Le lendemain, elle était dans un coma profond avec insensibilité générale et hémiplégie gauche complète. Elle mourut quarante-huit heures après le début de ces accidents.

Autopsie. Tout le lobe postérieur de l'hémisphère droit était converti en une bouillie blanche à l'intérieur, d'un jaune fauve à la surface, qui n'avait plus la forme de circonvolutions, et qui adhérait intimement à la pie-mère. Au-devant de ce ramollissement, quelques circonvolutions de l'hémisphère droit étaient tuméfiées, roses, superficiellement ramollies et mollement adhérentes à la pie-mère (1). Il y avait une certaine quantité de sérosité limpide infiltrée dans la pie-mère; très-peu dans les ventricules. (Loco cit.)

V. Observations où, a la suite d'attaques apoplectiformes, on n'a trouvé aucune altération appréciable dans le cerveau.

Obs. XI. — Une femme âgée de 78 ans, était depuis plusieurs mois à l'infirmerie de la Salpêtrière pour des douleurs abdominales dont il avait été impossible de préciser la nature. On n'avait jamais rien remarqué du côté du cerveau, dont les fonctions se faisaient même d'une manière remarquable pour cet âge.

Le 29 septembre au matin, elle se plaignit de souffrir du ventre plus qu'à l'ordinaire; apyrexie complète. Le soir, elle se trouvait beaucoup mieux. A minuit, la veilleuse de la salle voulant lui donner une tasse de bouillon, la trouva comme endormie, la respiration légèrement ronflante, et essaya vainement de la réveiller. L'élève de garde, appelé aussitôt, constata qu'elle était dans un coma profond, avec résolution générale, sans roideur.

Le lendemain matin, elle était encore dans un état d'immobilité et d'insensibilité complètes; les pupilles très-contractées; le pouls à peine sensible; la respiration un peu râlante; la face était pâle. Elle mourut dans la journée.

On ne trouva à l'autopsie aucune altération appréciable de la pulpe cérébrale. La quantité de sérosité contenue dans l'arachnoïde, la pie-mère et les ventricules, l'injection des vaisseaux encéphaliques, se présentaient d'une façon tout à fait normale. La moelle épinière parut dans le même état d'intégrité. Les poumons étaient engoués sans pneumonie. Par une coïncidence remarquable, on ne trouva dans l'abdomen, dont tous les viscères furent examinés avec soin, aucune altération qui pût rendre compte des symptômes abdominaux observés pendant la vie.

J'ai observé, il y a peu de temps, avec mes collègues, MM. Ernest Boudet et Rogée, deux faits de ce genre, assez curieux.

Obs. — Une femme de 76 ans tomba tout à coup, dans la nuit du 17 novembre, dans un coma profond. Le lendemain matin, elle donnait quelques signes légers de connaissance; il y avait une résolution complète du bras gauche; la sensibilité était conservée partout; pupilles très-étroites; respiration fort inégale, non stertoreuse.

Elle mourut douze heures environ après le début des accidents.

On ne trouva à l'autopsie aucune lésion dans les méninges ni dans le cerveau, si ce n'est une légère altération que M. E. Boudet a décrite ainsi: « Le corps strié gauche, à son extrémité postérieure, présente une coloration rougeâtre dans un espace de quatre lignes environ, avec un peu de ramollissement; de telle sorte qu'un filet d'eau réduit cette partie en une pulpe rosâtre. Pas d'induration, ni d'altération de couleur autour. »

Obs. — Une femme de 80 ans, affectée d'un catarrhe pulmonaire, avait depuis plus d'un an une hémiplégie gauche très-incomplète.

Le 1er novembre, elle tomba tout à coup dans un coma complet avec contracture très-forte du bras gauche; le bras droit résolu au moment de l'attaque, présenta ensuite de la contracture aussi et retomba dans la résolution deux heures avant la mort qui arriva la dixième heure après l'attaque.

On trouva à la partie moyenne de la convexité de l'hémisphère une coloration jaunâtre superficielle de deux anfractuosités, et des circonvolutions voisines, avec très-légère induration, sans adhérences de la pie-mère, et sans aucune altération de la substance blanche qui est au-dessous. On ne put trouver aucune autre lésion du cerveau, de la moelle, ni de leurs membranes (1).

---

(1) Il ne faut pas confondre cette altération avec celle que l'on rencontre souvent dans la paralysie générale des aliénés et que M. Calmeil a bien décrite sous le nom d'encéphalite chronique. La mollesse et la tuméfaction que présentait la substance corticale dans notre observation suffirait seule pour distinguer ces deux altérations.

(1) Cette altération était sans aucun doute ancienne; et

Je n'ai pas cru nécessaire de donner plus de détails sur l'examen de ces cerveaux ; mais je puis affirmer qu'il a été fait par nous avec le soin le plus minutieux. Les considérations dans lesquelles je suis entré précédemment sur les *apoplexies sans lésions* me dispensent d'insister ici davantage sur ce sujet.

F. OBSERVATIONS DE RAMOLLISSEMENTS CÉRÉBRAUX SANS SYMPTÔMES.

OBS. XII. — La femme Duran, âgée de 88 ans, entra à l'infirmerie de la Salpêtrière au mois de septembre 1838, avec un épanchement pleurétique énorme. Malgré un traitement assez actif, elle succomba huit jours après, sans avoir beaucoup souffert. Cette femme conserva jusqu'à la fin une intégrité remarquable des mouvements et de l'intelligence ; elle mourut sans agonie, assise sur son séant, appuyée sur ses genoux, comme elle se tenait habituellement. Une demi-heure avant, elle avait parlé fort distinctement.

Des renseignements certains m'apprirent que cette femme, parfaitement conservée pour son âge, ne présentait aucune trace de lésion du cerveau. Elle avait passé dernièrement quelques jours dans le service de M. Prus, pour un lumbago. A part cela, elle n'était pas allée à l'infirmerie depuis plusieurs mois.

Autopsie. Légère infiltration séreuse de la pie-mère ; injection normale de ses vaisseaux. A la partie inférieure et interne du lobe antérieur de l'hémisphère gauche, on vit plusieurs circonvolutions légèrement violacées, aplaties, très-adhérentes à la pie-mère, fluctuantes. Une incision étant pratiquée sur ce point, on pénétra dans une cavité profonde, pleine d'une bouillie rougeâtre, coulante, et de laquelle s'échappa un liquide un peu rouge, épais et trouble comme s'il était mêlé de pus. Au milieu de ce ramollissement, plus large qu'un gros œuf de poule, et plus étendu profondément qu'à la superficie, on voyait un lacis considérable de petits vaisseaux rouges, manifestement dilatés, semblant représenter la trame vasculaire de la substance blanche. Ce ramollissement, partout d'un rouge brunâtre aussi foncé, assez exactement limité à son pourtour, avait complètement envahi le corps strié. Du côté de la cavité ventriculaire, à la place de la saillie de ce dernier, était un enfoncement mollasse, dont la superficie était violacée et très-injectée ; la substance du corps strié ne se reconnaissait en aucune manière, au milieu du détritus qui l'environnait. La couche optique était saine. Un peu de sérosité limpide dans les ventricules. La pie-mère n'était pas plus injectée au niveau de ce ramollissement qu'ailleurs.

Lors même que l'apparence de ce ramollissement ne montrerait pas avec évidence une désorganisation profonde et nécessairement chronique, l'absence complète de symptômes dans les derniers temps de la vie, ne pourrait laisser aucun doute sur ce point. En effet, si l'observation nous force d'admettre que des altérations très-chroniques peuvent se développer sans déterminer de symptômes appréciables, elle nous a appris en même temps que ce fait ne s'observait presque jamais à propos d'altérations aiguës un peu étendues. Je ne crois pas que l'on puisse supposer que la maladie de la poitrine ait masqué dans ce cas les phénomènes cérébraux qui se seraient montrés si elle n'eût existé.

Quatre observations de ramollissement cérébral sans symptômes ont été rapportées par M. le professeur Andral ; en voici l'analyse succincte. (LOCO CIT., t. V, p. 591 et suiv.)

OBS. I. — Vieillard de 81 ans. Mort dans l'adynamie sans symptômes cérébraux particuliers. L'hémisphère gauche est transformé à la base, dans l'étendue d'un œuf de poule, en une bouillie d'un blanc sale.

OBS. II. — Un homme âgé de 47 ans, succomba à un cancer du foie et de l'estomac, sans avoir présenté de symptômes du côté du cerveau. Plusieurs points du cerveau présentaient un ramollissement blanc considérable ; toute la substance blanche des deux couches optiques, quelques circonvolutions, le pourtour des cavités ancyroïdes, la base de l'hémisphère gauche.

OBS. III. — Un homme âgé de 71 ans, mourut par suite d'une affection chronique de la poitrine et de l'abdomen. Aucune altération des fonctions cérébrales. Ramollissement blanc de la voûte, du lobe postérieur de l'hémisphère gauche et du lobe moyen de l'hémisphère droit.

OBS. IV. — Il y a vingt ans, blessure à la tête ; aucun trouble des fonctions cérébrales ; mort de phthisie à l'âge de 55 ans. Sur le pariétal gauche perte de substance de l'os, dans l'étendue d'une pièce de 5 fr. Au-dessous cinq circonvolutions remplacées par une sorte de fluide gélatineux.

M. Andral a encore rapporté dans le tome V de sa CLINIQUE un fait que l'on peut rapprocher de ceux-ci. C'est celui d'une femme de 40 ans, morte d'un cancer utérin, sans avoir offert du côté des centres nerveux aucun désordre fonctionnel appréciable. On trouva dans les hémisphères cérébraux trois masses cancéreuses du volume d'une noisette chacune.

En résumant les faits auxquels nous avons fait allusion dans le cours de ce travail, et ceux que nous avons rapportés, nous trouvons que le ramollisse-

---

toute légère qu'elle fût, ce n'est qu'à elle que l'on a pu rapporter l'ancienne hémiplégie.

ment cérébral chronique peut se montrer dans les circonstances suivantes :

1° Les sujets chez lesquels on le rencontre avaient présenté, durant un temps plus ou moins long, des symptômes chroniques, tantôt graves et persistants, et annonçant une désorganisation profonde, tantôt fugaces et trop légers pour faire soupçonner une altération organique. Il n'existe pas de rapport constant entre la forme et l'étendue de la lésion anatomique, et la forme et la gravité des symptômes.

2° On trouve encore le ramollissement chronique chez des sujets qui ont succombé à des accidents apoplectiformes aigus, sans avoir présenté de prodromes appréciables, ou après s'être montrés longtemps sous l'influence d'une affection cérébrale.

3° Enfin on l'a rencontré chez des individus qui n'avaient présenté, au moins dans les derniers temps de leur vie, aucun symptôme cérébral.

4° Les malades affectés de ramollissement cérébral chronique meurent quelquefois dans l'adynamie, ou par suite d'une maladie intercurrente.

5° Souvent aussi ils succombent à des attaques apoplectiformes aigues, qui résultent dans certains cas d'une complication, comme d'une hémorrhagie, d'une congestion cérébrale, ou d'un ramollissement aigu; mais qui dans d'autres ne paraissent tenir à autre chose qu'au ramollissement chronique lui-même, que celui-ci ait été ou non précédé de symptômes chroniques particuliers.

6° Ces mêmes symptômes aigus que nous voyons liés, tantôt à une altération aiguë comme eux, tantôt à une altération chronique, se montrent quelquefois aussi sans aucune lésion visible.

Le rapprochement de ces faits peut faire juger de la justesse des inductions que j'ai cru pouvoir tirer de leur observation. Si je ne m'abuse sur leur valeur, ils sont peu favorables à ceux qui, ne voyant rien au delà de la lésion que découvre leur scalpel, trouvent toujours entre elle et les symptômes qui l'accompagnent un nœud qu'ils ne savent pas délier; puisqu'ils nous montrent qu'il est impossible dans un grand nombre de cas d'établir un rapport certain entre les altérations cérébrales, et les symptômes qui paraissaient au premier abord s'y rattacher directement. Du reste, ce n'est pas un esprit de scepticisme qui a dicté ces résultats. Ce n'est pas nier la science, ce n'est pas l'obscurcir que de montrer toutes les inconnues dont elle se compose; c'est mettre sur la voie pour arriver à leur connaissance; c'est montrer une partie de ce but caché qui nous est proposé et que nous cherchons tous à atteindre.

GAZETTE MÉDICALE. — Février 1839.

Mémoire sur une forme d'encéphalite encore peu connue, par MAX. DURAND FARDEL, interne de la Salpêtrière, membre de la Société anatomique et de la Société médicale des internes.

J'ai observé une maladie caractérisée, anatomiquement, par la rougeur, la tuméfaction, la mollesse des circonvolutions cérébrales, et leurs adhérences avec la pie-mère; pathologiquement, par des symptômes apoplectiformes graves, et débutant d'une façon instantanée. On verra, dans les observations qui suivent, ces deux groupes et d'altérations anatomiques et de symptômes se montrer avec une physionomie toujours identique, dans un rapport toujours constant. Mon attention se fixa sur ces faits d'autant plus vivement que je n'avais pas vu dans les auteurs de maladie décrite sous la forme sous laquelle celle-ci se présentait à mes yeux, et que je trouvais à peine quelques cas semblables, épars dans les ouvrages qui traitent des maladies cérébrales.

Je fus frappé d'abord de la ressemblance qui existe entre cette altération anatomique et celle que les auteurs ont décrite sous le nom d'*encéphalite*, et qu'ils nous ont montrée à la suite de plaies de tête, ou dans d'autres circonstances, donnant lieu aux phénomènes que l'on est convenu de rapporter à l'inflammation du cerveau ou de ses enveloppes. J'avais vu moi-même dans plus d'un cas, à la suite de délire, de symptômes épileptiformes, etc., des circonvolutions rouges, tuméfiées, ramollies, adhérentes aux membranes; je dus rechercher alors comment une même altération pouvait donner lieu à deux ordres de phénomènes si différents, et je ne tardai pas à reconnaître que lorsque la maladie revêtait la forme d'apoplexie, l'altération des circonvolutions s'étendait toujours à une grande partie de la surface du cerveau, que lorsqu'elle s'annonçait par des signes d'irritation, elle n'occupait qu'un espace circonscrit à quelques circonvolutions. Il me sembla alors que deux altérations dont la physionomie est identiquement la même, et qui ne diffèrent absolument que par leur étendue, doivent avoir nécessairement la même nature, et que, si l'une d'elles est une inflammation, il est impossible de ne pas attribuer à l'autre le même caractère; qu'en un mot il faut refuser ou accorder à toutes deux le nom d'inflammation.

Je sais que la forme symptomatique à laquelle j'ai d'abord fait allusion ne paraît guère en harmonie avec cette manière de voir; cependant, me fiant aux données plus certaines que me fournissait l'anatomie pathologique, j'ai pensé que sans doute le désaccord n'est qu'apparent, et qu'il est possible, sans forcer les faits, de se rendre compte dans ce sens des liens

qui unissent les phénomènes observés pendant la vie aux altérations rencontrées après la mort.

Le but de ce mémoire est donc de faire connaître des faits encore peu étudiés et de prouver leur nature inflammatoire; c'est une forme nouvelle d'encéphalite que j'ai à décrire, ou plutôt dont j'ai à démontrer l'existence (1). Ma tâche sera difficile; le point de vue nouveau sous lequel je présente ces faits se trouvera sans doute en désaccord avec une manière de voir basée sur d'autres principes; ensuite je n'ignore pas l'écueil que présente la théorie lorsqu'on abandonne un instant la ligne droite de l'observation. Mais, si je ne réussis pas à porter la conviction dans l'esprit du lecteur, je croirai cependant n'avoir pas fait un travail inutile, quand je ne parviendrais qu'à fixer son attention sur une manière d'envisager les faits susceptible peut-être de jeter quelque jour sur d'autres points de la pathologie cérébrale, cette branche de notre science si belle et si difficile.

Je vais d'abord rapporter les observations qui sont le sujet de ce travail; j'étudierai ensuite les conséquences qui me paraîtront résulter de leur analyse et de leur comparaison avec d'autres faits.

§ I. *Cancer de l'utérus. Perte de connaissance, sans symptômes précurseurs; abolition complète du sentiment et du mouvement à droite, sans roideur; mort au bout de quarante heures, à peu près, dans un coma profond, avec résolution et insensibilité générales. Rougeur, tuméfaction, ramollissement superficiel des circonvolutions de l'hémisphère gauche; apoplexie capillaire, adhérences de la pie-mère.*

La nommée Gougy, âgée de 51 ans, était couchée au n° 19 de la salle Sainte-Marthe: affectée d'un cancer de l'utérus très-avancé, elle souffrait excessivement, et de fortes doses d'opium lui procuraient à peine du soulagement. Le 12 août 1838 on la trouva dans l'état suivant, qui paraît être survenu la veille, dans la journée.

Coma profond; la face est légèrement contractée, la bouche un peu déviée à gauche, la narine droite affaissée; les pupilles sont normales, peu contractiles; les paupières s'abaissent lentement lorsqu'on en approche la main brusquement; les conjonctives sont également sensibles, mais la pituitaire droite semble tout à fait insensible au toucher. Résolution complète avec insensibilité du bras et de la jambe droite; partout ailleurs, le moindre attouchement détermine des signes d'une vive impatience. La malade ne profère pas une plainte; l'ouïe paraît totalement abolie. La respiration est haute, peu fréquente, égale des deux côtés; la peau est assez chaude, le pouls peu développé, d'une fréquence normale. On ne peut obtenir de renseignements précis sur la manière dont ces accidents ont débuté; il paraît que la veille, dans la journée, on a remarqué qu'elle cessait de parler, de se plaindre; mais, par négligence, on n'a pas appelé l'élève de garde. Le soir, même état. Le lendemain matin, coma plus profond encore, résolution et insensibilité générales, respiration fréquente et stertoreuse, circulation presque éteinte; mort à dix heures.

Autopsie, vingt-cinq heures après la mort.

Une grande quantité de sang s'écoule des sinus de la dure-mère. La cavité de l'arachnoïde, bien que très-humide, ne laisse pas écouler une quantité appréciable de sérosité. Les vaisseaux de la base sont sains. La pie-mère présente une injection sanguine prononcée, surtout à gauche, sans infiltration séreuse.

L'hémisphère gauche paraît plus volumineux que le droit; les circonvolutions sont tassées et aplaties. La pie-mère adhère généralement à la surface du cerveau et entraîne avec elle une partie de la substance corticale. Les circonvolutions sont beaucoup plus volumineuses que celles du côté opposé, moins consistantes, mais peu ramollies, car un filet d'eau les pénètre à peine; cette altération occupe à peu près les deux tiers de ces circonvolutions, surtout celles de la partie moyenne de la convexité, et en dehors, celles qui avoisinent le lobule du corps strié, et ce lobule lui-même. On trouve au fond de plusieurs anfractuosités quelques plaques formées par un pointillé d'un violet presque noir (apoplexie capillaire); quelques plaques semblables se rencontrent sur la convexité de l'hémisphère droit, qui ne présente aucune autre espèce d'altération. La coloration rose et le ramollissement ne s'étendent nulle part au delà de la substance corticale, dont ils ne paraissent pas occuper toute l'épaisseur. La substance blanche est un peu pointillée, d'une consistance normale. Les ventricules contiennent un peu de sérosité, et leurs parois sont saines, à part un peu de ramollissement superficiel et légèrement rosé du corps strié et de la couche optique gauches.

Poumons flasques, à peine engorgés, un peu de

(1) Je ne me suis décidé qu'avec peine à publier ce travail. Les idées que j'y mets en avant ne sont pas partagées par tout le monde, et je le dis surtout à regret, M. Cruveilhier donne aux faits que je vais rapporter une tout autre explication que celle que j'ai cru devoir adopter. On conçoit que j'aie dû hésiter avant de me mettre ainsi en opposition, si je puis ainsi dire, avec un maître si bon et dont personne n'apprécie plus que moi les précieuses leçons et la longue expérience; mais on doit croire que ce n'est qu'après beaucoup de réflexions, et l'analyse d'un grand nombre de faits, que j'ai cru pouvoir arrêter mes idées sur ce point et les mettre au jour.

mucus opaque dans les bronches. Le cœur est d'un petit volume, ses orifices parfaitement libres. Dégénérescence squirrheuse considérable du corps de l'utérus et du vagin (1).

L'instantanéité et la nature des accidents qui avaient enlevé si rapidement cette malade caractérisent parfaitement la marche que suivent habituellement l'hémorrhagie cérébrale et plus rarement cette forme de congestion à laquelle on a donné le nom de coup de sang; et les altérations que l'on a rencontrées après la mort tiennent à la fois et de l'hémorrhagie et de la congestion. L'apoplexie capillaire, en effet, ne paraît être qu'une forme de l'hémorrhagie cérébrale, résultat, sans doute, de la rupture de vaisseaux capillaires, qui forment de petits foyers isolés, au lieu d'un épanchement en masse; et d'un autre côté, la rougeur et la tuméfaction des circonvolutions attestaient une congestion sanguine considérable vers la périphérie du cerveau. Mais il y avait quelque chose de plus; c'étaient des adhérences molles de la pie-mère aux circonvolutions, et un ramollissement superficiel de la substance corticale, c'est-à-dire des signes d'inflammation et d'inflammation récente. Or, s'il est permis de chercher à deviner quelle marche ont suivie ces altérations dans leur développement, on doit penser que l'apoplexie capillaire et la congestion se sont montrées d'abord, et que le ramollissement et les adhérences se sont développés tard. N'est-ce pas précisément cette marche que suit l'inflammation? Quant aux symptômes, ils nous ont présenté des phénomènes de compression tout à fait en rapport avec la *tuméfaction*, que les observations suivantes montreront un des caractères les plus constants de l'altération que nous décrivons (2).

Obs. II. ***Entérite chronique. Coma profond, résolution générale, sensibilité obtuse, mort au bout de vingt heures à peu près. Apoplexie capillaire, rougeur, et léger ramollissement de presque toute la périphérie du cerveau et des parois des ventricules, tuméfaction de quelques circonvolutions, adhérences générales de la pie-mère.***

La nommée Farge Domange, âgée de 79 ans, était couchée depuis deux mois dans une salle de *gâteuses*, affectée d'une entérite chronique. Elle s'affaiblissait beaucoup, mais n'avait jamais présenté aucun symptôme cérébral. Le 4 juin 1838, on la trouva, le matin, dans l'état suivant dans lequel elle était tombée on ne sait à quelle heure de la nuit. Coma profond, respiration fréquente (36 inspirations par minute), légèrement ronflante; paupières abaissées; pupilles immobiles, dilatées, la droite plus que la gauche; point de déviation de la face; résolution générale avec flaccidité des membres; sensibilité très-obtuse, grimaces lorsqu'on la pinçait avec force. La peau était assez chaude, le pouls à 86, plein et fort. Domange demeura toute la journée dans le même état; le soir, à neuf heures, la circulation ne se faisait plus sentir, une sueur froide et abondante couvrait toute la peau; elle expira bientôt après sous mes yeux. Autopsie 36 heures après la mort.

Infiltration gélatiniforme et injection médiocre de la pie-mère, adhérences générales de cette membrane, mais faciles à détacher. Les circonvolutions des deux hémisphères présentent la plupart une coloration d'un rose vif, ou d'un jaune peu foncé, avec une foule de nuances intermédiaires; sur quelques-unes, et surtout au fond des anfractuosités, on remarque des plaques formées d'un pointillé d'un rouge vif ou noirâtre (apoplexie capillaire), ovalaires ou irrégulièrement arrondies. Presque toute la surface du cerveau est d'une mollesse remarquable, mais sans diffluence. Quelques circonvolutions, colorées en rose, sont très-volumineuses et évidemment tuméfiées. Ces diverses altérations, plus prononcées à droite qu'à gauche, occupent surtout la partie moyenne de la convexité de chaque hémisphère, mais descendent un peu vers la base. Les parois des ventricules latéraux sont très-molles à leur superficie, avec une légère coloration jaunâtre des corps striés et des couches optiques. La coloration rosée des circonvolutions n'occupe que leur couche corticale. La substance médullaire présente peu d'injection, mais un peu plus de mollesse qu'à l'ordinaire. La moelle allongée et le cervelet n'offrent rien à noter. Inflammation très-vive de tout le canal intestinal.

Ici nous trouvons précisément les mêmes altérations que dans le cas précédent, seulement répandues sur toute la superficie du cerveau, même sur sa surface ventriculaire. Les symptômes se sont montrés en rapport avec les lésions anatomiques et

(1) Quelque peu de valeur que l'on doive accorder, j'en conviens, aux renseignements dont on est obligé de se contenter, dans les hôpitaux, sur les antécédents des malades, je crois pouvoir affirmer que chez cette femme que nous avions depuis longtemps dans nos salles, et à laquelle, depuis près de trois mois, je parlais moi-même presque tous les jours, on ne saurait douter aucunement de l'absence de symptômes cérébraux précurseurs; et cela, d'autant plus qu'elle n'était pas d'un âge assez avancé pour que des manifestations symptomatiques de ce genre fussent très-difficiles à saisir chez elle.

(2) La tuméfaction, dit M. Rostan, n'est guère possible dans l'intérieur du crâne. Cependant il arrive quelquefois que les circonvolutions sont épaissies; les signes du coma sont, sans doute, dus autant à la compression qui résulte de cette augmentation de volume, qu'à l'altération locale de l'encéphale. (Recherches sur le ramollissement du cerveau, deuxième édit., p. 164).

généraux comme elles. La mort a été très-prompte; aussi les adhérences de la pie-mère étaient bien moins prononcées que dans le cas précédent; ce qui montre que dans ce dernier ce n'était pas à cause de son défaut de consistance que la substance corticale se laissait enlever par la pie-mère, mais bien à cause des adhérences qui s'étaient formées entre elles. Quant au ramollissement, on sait avec quelle rapidité il peut se produire dans la substance cérébrale; mais il y a loin encore de cette formation rapide à un développement instantané que quelques auteurs ont cru devoir admettre, et dont il est permis de douter jusqu'à ce que son existence soit plus sûrement démontrée.

Obs. III. *Céphalalgie, étourdissements, plus tard gêne de la parole, puis tout à coup coma, paralysie du mouvement des membres droits; abolition presque complète des fonctions sensoriales du même côté; intelligence à peu près intacte; mort le troisième jour. Rougeur, gonflement et tendance au ramollissement des circonvolutions, en haut et à gauche; ramollissement du corps strié gauche, injection par places, de la substance blanche* (1).

La nommée Fort, âgée de 72 ans, éprouve habituellement, depuis deux ans, de la céphalalgie et des étourdissements; elle a ressenti pour la première fois, il y a trois mois, une grande difficulté à s'exprimer, qui s'est dissipée sans traitement, au bout d'une quinzaine de jours. Elle se portait parfaitement bien, lorsque le 9 octobre 1838, étant au lit, on s'aperçut tout à coup qu'elle était paralysée, et on la transporta à l'infirmerie, où elle présenta l'état suivant :

Femme grasse, bien constituée, plongée dans un coma profond. La joue droite se laisse distendre à chaque expiration, la bouche n'est pas déviée; la langue est un peu tournée à droite. Le bras droit est résolu sans roideur; cependant, quand on le pince, il exécute quelques mouvements; la jambe de ce côté est aussi fort peu mobile. Le côté droit de la face est beaucoup moins sensible que le côté opposé; il en est de même de la conjonctive et de la pituitaire droites. La malade ne voit un peu que de l'œil gauche (elle a été opérée de la cataracte à droite). Le pouls est fort, inégal, irrégulier, à 80 p. Seize respirations inégales et irrégulières; peau tiède, pas de rougeur à la face, pas de vomissements. La malade entend, mais n'obéit que lentement aux ordres qu'on lui donne. (Limon., 20 sangsues derrière les oreilles, lav. avec trois gouttes d'huile de croton.)

Le 10 octobre, pendant la nuit, agitation, plaintes inarticulées. Déviation de la bouche à gauche; quelques mouvements faibles à droite; mouvements presque continuels des membres gauches et des yeux. Stertor, écume à la bouche, l'intelligence paraît toujours conservée. (Saignée de 4 pal.)

Le 11, hier soir, affaissement profond, gêne extrême de la respiration; des sinapismes diminuent ce dernier symptôme. La nuit est assez calme. Ce matin, la respiration n'est plus stertoreuse, bien que très-fréquente (40 inspirations par minute). Le pouls est à 80. Mort à trois heures du soir.

Autopsie quarante et une heures après la mort (tem. de + 8° R.). Les os du crâne contiennent beaucoup de sang; les sinus de la dure-mère sont remplis de sang liquide ou coagulé. La pie-mère ne contient pas de sérosité; ses veines sont considérablement dilatées et remplies de sang, un peu plus à gauche qu'à droite. Bien qu'elle offre une couleur rouge presque uniforme, il n'y a pas d'extravasation de sang hors des vaisseaux.

La pie-mère, très-friable, s'enlève facilement, et ne paraît pas plus adhérente d'un côté que de l'autre. L'hémisphère gauche est plus volumineux que le droit; ses circonvolutions tuméfiées et pressées les unes contre les autres. Elles sont d'une couleur rose très-vive, surtout à la partie antérieure, moyenne et externe de l'hémisphère. Au milieu de la rougeur la plus vive on voit de petites plaques claires, où la substance grise a conservé sa couleur normale. La coloration rouge occupe toute l'épaisseur de la substance corticale. Les circonvolutions semblent un peu mollasses au toucher; cependant un filet d'eau ne les pénètre pas, seulement il dessine quelques franges sur le bord d'une coupe faite à sa substance corticale. La substance blanche présente un piqueté assez serré; il ne s'écoule pas de sang à la coupe, mais on y voit de larges plaques rosées. Le corps strié est beaucoup plus volumineux que celui du côté opposé; il est à la surface et dans son épaisseur d'une couleur rougeâtre semblable à celle des circonvolutions. Il ne paraît aucunement désorganisé; cependant, quand on le touche on éprouve une sensation de mollesse, de rénitence, assez semblable à celle d'une gelée un peu ferme; la substance blanche voisine, quoiqu'à un moindre degré, présente à peu près la même altération. La projection d'un jet d'eau un peu fort produit sur le corps strié un phénomène assez curieux : c'est une énucléation presque complète de ce corps, de l'espèce de coque qui le renferme, et une dissection très-délicate, sans déchirure apparente, des fibres blanches qui le traversent; à part cela, le jet d'eau altère à peine le noyau du corps strié lui-même. La couche optique n'est pas sensi-

(1) Je dois cette observation à l'amitié de mon collègue M. Ernest Boudet.

blement altérée. L'hémisphère droit ne présente de remarquable qu'une injection assez prononcée. Petite quantité de sérosité limpide dans les ventricules et à la base du crâne. Congestion assez prononcée du cervelet et du bulbe rachidien. Épaississement des artères cérébrales. Cœur volumineux. Poumon infiltré de sang.

Dans cette observation, la maladie est plus étendue que dans les précédentes; elle n'est plus circonscrite à la substance grise des circonvolutions; elle occupe aussi le corps strié et un peu des parties environnantes. Remarquez, du reste, que cette altération du corps strié est tout à fait semblable à celle que nous n'avons observée jusqu'ici qu'aux circonvolutions; c'est la même tuméfaction, la même rougeur, la même mollesse, sans désorganisation. Il n'y avait pas d'adhérences bien prononcées des membranes au cerveau; mais aussi les circonvolutions, suivant l'expression de l'auteur de l'observation, ne présentaient qu'une *tendance* au ramollissement; la maladie était presque restée à l'état de simple congestion.

Les plaques non colorées que présentait la substance corticale, sans être absolument rares dans la congestion cérébrale, sont un phénomène curieux et difficile à expliquer, quel que soit le caractère que l'on attribue à l'altération du cerveau.

Les symptômes paraissent toujours l'expression d'un état de compression, dont la turgescence des parties congestionnées rend parfaitement compte.

Obs. IV. ***Hémiplégie droite incomplète depuis un an. Perte subite de connaissance, coma profond, contracture du bras droit. Mort au bout de près de cinq jours. Ramollissement chronique avec désorganisation du lobe antérieur gauche; rougeur, tuméfaction, ramollissement superficiel, et adhérences avec la pie-mère des circonvolutions voisines*** (1).

Vaudet, âgée de 63 ans, bien constituée, a été frappée pour la première fois d'hémiplégie droite, il y a un an; cette paralysie se dissipa peu à peu, et se renouvela subitement il y a six mois; depuis cette époque, il reste de la faiblesse du côté droit, sans céphalalgie. Le 12 août 1838, dans la soirée, Vaudet, causant gaîment avec ses parents, tombe tout à coup sans connaissance. On la trouve le lendemain matin dans l'état suivant :

Elle est plongée dans un coma profond, couchée sur le dos, tout à fait immobile; aucune parole, aucun gémissement n'est proféré. La bouche est légèrement déviée à gauche; les paupières, entr'ouvertes, se referment lorsqu'on approche des yeux un corps étranger; les pupilles sont normales; l'ouïe paraît complétement abolie. Il y a de la roideur et peu de mobilité à droite; les mouvements sont libres à gauche; la sensibilité est obtuse. La respiration est fréquente, 28 inspirations par minute; le pouls est large, plein, fréquent, à 100 p. Pas de vomissement au début. (Saignée du bras, lav. purg.)

Le 14, le bras droit, qui hier n'était qu'un peu roide, est aujourd'hui le siége d'une forte contracture, qu'on dit s'être déjà montrée au moment de l'attaque. (40 sangsues derrière les oreilles, vésic. aux jambes.)

Le 15, même état, à peu près; la pituitaire droite est tout à fait insensible à l'ammoniaque qui paraît agir fortement sur la gauche. Le pouls est fort, très-irrégulier; la peau brûlante. — Le 16, un peu moins de roideur à droite (saig., lav. purg.) — Le 17, respiration bruyante, embarrassée, se suspendant par intervalles; la roideur a presque disparu à droite; encore un peu de sensibilité à gauche; pouls petit, très-irrégulier. Mort dans la journée.

Autopsie, vingt-deux heures après la mort.

Un peu de sérosité sanguinolente dans la cavité de l'arachnoïde. Les artères de l'encéphale sont partout souples et exemptes d'ossification; mais celles qui se rendent à la partie antérieure de l'hémisphère gauche, c'est-à-dire la carotide interne et ses principales branches, sont remplies par un caillot rougeâtre, assez ferme, qui les oblitère. Tout le lobe antérieur de cet hémisphère est affaissé, tout à fait déformé, profondément ramolli; partout ailleurs, mais surtout à la partie interne et moyenne de la convexité de ce même hémisphère, les circonvolutions sont pressées et aplaties. Toutes celles qui avoisinent le ramollissement sont très-volumineuses, d'une couleur rose, et un peu ramollies, mais très-superficiellement; la pie-mère qui les recouvre leur est notablement adhérente, tandis qu'ailleurs elle s'enlève avec la plus grande facilité. Le ramollissement du lobe antérieur est jaunâtre à l'extérieur, blanc plus profondément et il occupe toute l'épaisseur du lobe qui est converti en une véritable bouillie. Le corps strié et la moitié antérieure de la couche optique sont le siége d'un ramollissement de couleur de rouille; la surface ventriculaire du corps strié est étroite, aplatie, froncée. Peu de sérosité dans les ventricules; rien de remarquable dans l'hémisphère droit, si ce n'est un piqueté assez prononcé du centre ovale. Le cervelet et le bulbe rachidien sont à l'état normal.

Les poumons et le cœur ne présentent rien à noter.

Cette observation, moins simple que les précédentes, nous présente deux ordres d'altérations qu'il

(1) Les détails qui suivent m'ont été communiqués par mon collègue et ami M. Rogée, interne du service où a été placée cette malade.

est facile, je pense, de rattacher les unes aux accidents éloignés, les autres aux symptômes qui ont précédé la mort. Deux attaques de paralysie avaient eu lieu à six mois de distance l'une de l'autre, caractérisées toutes deux par une hémiplégie qui s'était dissipée ensuite en partie. Pour les expliquer, on a rencontré un ramollissement blanc, étendu, du lobe antérieur de l'hémisphère opposé à la paralysie, et un ramollissement du corps strié et de la couche optique, dont la coloration brune, due sans doute à la présence du sang, me paraît faire une altération bien distincte de la précédente. Pourquoi une lésion aussi étendue ne produisait-elle que des symptômes légers, c'est ce que je n'ai pas à rechercher ici, et c'est un fait que l'on observe assez souvent, tout extraordinaire qu'il paraisse. Mais ce qui me paraît important à établir, c'est que les accidents qui se sont passés sous nos yeux sont dus à l'altération certainement récente que présentaient les circonvolutions voisines du ramollissement chronique. Je sais bien qu'il est des cas où, à la suite de symptômes de ce genre, on n'a trouvé autre chose qu'un ramollissement chronique comme ce dernier, et dont l'apparence et des prodromes plus ou moins prononcés attestaient ordinairement, comme dans notre observation, l'origine éloignée. Mais quand même il y aurait une modification inconnue de l'organe cérébral, capable de donner lieu à une perturbation de ses fonctions analogue à celle que nous avons observée, je ne crois pas qu'il soit permis de refuser à une altération aussi évidente la part que je lui attribue dans la production des symptômes qui ont coïncidé avec elle. Je puis d'autant moins l'admettre, que je n'ai vu nulle part qu'une semblable altération se soit montrée sans symptômes, ce qui est du reste d'accord avec sa nature essentiellement aiguë.

OBS. V. *Perte subite et incomplète de connaissance; hémiplégie droite avec contracture le premier jour, puis simple résolution; plus tard roideur du bras gauche. Mort au bout de cinquante-quatre heures. Rougeur et ramollissement superficiel des circonvolutions de l'hémisphère gauche, avec adhérences de la pie-mère et tuméfaction à peine prononcée.*

Thérèse Ferchereau, âgée de 77 ans, ne portait aucune trace d'affection cérébrale. Sa santé était généralement bonne, elle ne se plaignait pas de la tête, son intelligence était bien conservée; elle s'occupait habituellement à filer, et marchait sans l'aide d'une canne. Le 13 octobre 1838, elle allait sortir, lorsque tout à coup elle tomba sans connaissance; je la vis une heure après; elle était dans l'état suivant :

Demi-coma, pâleur, face hébétée; les paupières, entr'ouvertes, ne se referment pas quand on en approche le doigt; la narine droite est affaissée, la bouche un peu déviée à gauche; la face est tout à fait paralysée à droite. Le bras droit est fléchi sur la poitrine, dans un état de contracture assez forte; on n'en obtient aucun mouvement, même en le pinçant fortement, bien que la sensibilité soit à peu près conservée, comme l'indiquent alors les mouvements du bras gauche et les contractions du *côté gauche* de la face. La jambe droite est moins roide et un peu mobile. Du côté gauche, les mouvements paraissent assez libres, bien qu'il y ait un peu de roideur. La malade paraît entendre; elle tourne la tête et les yeux du côté de la voix qui frappe son oreille, et essaie même quelques réponses inarticulées. Les mâchoires, fortement contractées, ne laissent pas voir la langue, et permettent à peine d'introduire quelques cuillerées de tisane qui sont avalées sans beaucoup de difficulté. Le pouls est petit, régulier, à 74; la respiration normale, la peau froide; il n'y a pas eu de vomissement au début (12 sangsues au cou; huile de ricin ℥ j).

Le soir, le bras droit était dans un état de résolution complète; la roideur n'y reparut pas.

Le 14, quelques légers signes de connaissance, l'assoupissement n'est pas très-profond. Quelques selles; émission involontaire des urines. Le pouls est un peu plus fréquent et plus développé qu'hier; la peau chaude, sans sécheresse. Du reste, même état qu'hier soir.

(Looch avec kermès gr. vj. Vésic. au-devant du sternum.)

Le soir, coma profond, même résolution du bras droit; beaucoup de roideur à gauche; sensibilité conservée partout.

Le 15, il y a toujours de la roideur à gauche. La respiration est un peu râlante, d'une fréquence normale.

De temps en temps la bouche se remplit de mucosités spumeuses qui ne sont rejetées qu'avec peine, et qui rendent la suffocation imminente; alors la malade porte la main gauche à la bouche, et essaie d'en arracher ce qui s'oppose au passage de l'air; cependant, à peine si la face se colore dans ces instants. Le pouls conserve encore un peu de force. Mort à deux heures après midi.

Autopsie. 20 heures après la mort.

Une quantité assez considérable de sang liquide s'échappe des sinus de la dure-mère; l'arachnoïde contient à peine quelques gouttes de sérosité; la pie-mère n'en est aucunement infiltrée, mais fortement injectée de sang; les vaisseaux sont également distendus des deux côtés. Elle adhère à presque toutes les circonvolutions et anfractuosités de l'hémisphère gauche par de petits filaments nombreux; dans beaucoup de points, elle enlève presque toute l'épaisseur de la substance corticale. La surface des circonvolu-

tions paraît inégale, comme tomenteuse, par suite de ses adhérences avec la pie-mère; elles présentent çà et là de petites plaques d'un rouge assez vif, qui pénètre jusqu'à la substance blanche; ce sont surtout ces points dont la pie-mère a emporté des lambeaux. Quelques circonvolutions paraissent un peu plus volumineuses que celles du côté opposé. La substance corticale est rose dans toute son épaisseur, très-légèrement ramollie à sa surface; un filet d'eau projeté sur une coupe des circonvolutions, en détache les bords en forme de franges. Presque toutes les anfractuosités de la convexité présentent une coloration framboisée, avec un ramollissement assez prononcé. La substance blanche est un peu injectée, d'une consistance normale; le corps strié et la couche optique en particulier sont tout à fait sains. Rien à noter dans l'autre hémisphère. Quelques cuillerées de sérosité dans les ventricules. Le cervelet, la moelle allongée et la moelle spinale sont à l'état normal.

Poumons engoués. Un peu d'hypertrophie concentrique du ventricule gauche du cœur.

Nous voyons manquer presque complétement dans cette observation un phénomène que nous avions constamment rencontré jusqu'ici et auquel nous avions cru devoir attribuer quelque importance dans la production des symptômes : je veux parler de la tuméfaction des circonvolutions. Nous voyons en même temps que Perchereau a conservé pendant les deux premiers jours un certain degré de connaissance et qu'elle a présenté des phénomènes de contracture bien prononcés et qui ne s'étaient pas encore montrés à nous à ce degré. Faut-il chercher un rapport entre ces deux circonstances, et attribuer ce faible reste d'intelligence et la manifestation de la contracture à ce que le cerveau étant moins comprimé que lorsque ses circonvolutions étaient tuméfiées, ses fonctions n'ont pas été frappées d'un engourdissement aussi complet? Je me contenterai de l'indication de ce fait, sans insister sur une explication dont la valeur est difficile à apprécier. Il faut remarquer encore cette paralysie complète du bras droit, dont rien, à l'autopsie, n'a donné la raison particulière.

Obs. VI. *Symptômes d'une affection cérébrale chronique. Quelque temps avant la mort, assoupissement, quelques mouvements convulsifs à droite, roideur des doigts, puis coma profond, résolution générale. Ramollissement chronique de l'hémisphère gauche, injection vive de la pie-mère à gauche, avec circonvolutions volumineuses, mollasses, aplaties* (1).

John Muridge, âgé de 28 ans, entra à l'hôpital de la Clinique, présentant un état d'affaiblissement de l'intelligence, des sens et des mouvements en général, et une hémiplégie droite incomplète. Depuis deux ans, il était sujet aux maux de tête, aux étourdissements, aux pertes de connaissance. Dans les derniers temps de la vie, il survint de l'assoupissement qui augmenta graduellement, des mouvements convulsifs du côté droit de la face et du corps, de la roideur dans les doigts de ce côté; puis, le coma devint plus profond, le pouls petit, très-fréquent, la peau se couvrit de sueur, l'immobilité devint absolue, et il mourut.

La dure-mère enlevée, on remarqua une grande différence dans la vascularité des deux hémisphères; la pie-mère qui recouvrait le gauche présentait une injection rouge magnifique, à sa partie postérieure surtout, et sans épanchement. Cet hémisphère paraissait aussi beaucoup plus volumineux que le droit, les circonvolutions étaient molles et aplaties.

Dans la substance médullaire des lobes antérieur et postérieur, on voyait deux ramollissements étendus, très-prononcés, légèrement grisâtres, avec un peu de pointillé rouge. En dedans du ramollissement antérieur, il y avait un peu d'induration; le postérieur s'étendait jusqu'aux circonvolutions où les deux substances se confondaient. L'hémisphère droit présentait son aspect naturel, avec un peu de sérosité au-dessous de l'arachnoïde.

L'auteur de cette observation remarque que l'état de la pie-mère annonçait un état inflammatoire récent, et que les symptômes de compression qui se sont montrés à la fin de la vie étaient parfaitement en rapport avec l'aplatissement des circonvolutions. Nous voyons ici, comme dans l'observation IVe, une affection aiguë entée sur une affection chronique, et s'en distinguant aussi facilement, et par sa physionomie anatomique et par ses symptômes. Du reste, elle a suivi, dans ce cas, une marche un peu différente de celle que nous avons déjà observée; les accidents n'ont pas eu le même caractère d'instantanéité dans leur début; ainsi, le coma s'est montré peu à peu; ainsi il y a eu, et ceci est important à noter, des mouvements convulsifs. On verra, en effet, un peu plus loin, comment nous comprenons que l'invasion brusque de la maladie s'oppose au développement des phénomènes d'irritation, qui paraîtraient devoir lui appartenir, et comment, lorsqu'elle survient graduellement, elle s'accompagne du cortége plus ou moins complet des symptômes qui en revèlent ouvertement la nature.

§ II. Dans les observations que je viens de rapporter, il ne me paraît possible de se rendre compte de la relation qui existe entre les symptômes et l'altération anatomique, que de deux manières : ou le ramollissement des circonvolutions a débuté instantanément comme les accidents, ou il s'est développé

(1) Bright, Medical reports. Vol. 2, part. 1, p. 185. Case 83. Th.

secondairement et n'est plus la lésion essentielle; et dans cette dernière hypothèse, quelle est la cause des phénomènes primitifs qui se sont montrés au début?

Ce serait peut-être ici le lieu de discuter la question de la possibilité du début subit du ramollissement cérébral, question résolue négativement, ou au moins d'une façon douteuse par beaucoup de médecins, et que cependant MM. Cruveilhier, Andral (1), Rostan (2) paraissent regarder comme démontrée. Je pourrais faire remarquer, avec M. Rostan lui-même, que ces sortes de ramollissements ne se montrent guère sans prodromes, et que sans aucun doute il y avait commencement d'altération, dès le moment où les premiers signes se sont montrés. Je pourrais citer des cas où, chez des sujets morts par d'autres organes que le cerveau, on a trouvé des ramollissements étendus de l'encéphale, sans qu'aucun symptôme en eût pu faire présager l'existence, et demander si, chez eux, une simple congestion n'eût pu donner lieu à des accidents aussi graves que subits, et que l'on eût faussement attribués au début instantané du ramollissement. Mais je ne veux pas m'engager ici dans une discussion longue et difficile, sur une question qui, malgré les autorités que j'ai citées plus haut, me paraît pouvoir être difficilement résolue, au moins dans l'état actuel de la science, par l'affirmative ou la négative. S'il est difficile, en effet, d'admettre la production instantanée de ces désorganisations profondes, qui semblent porter l'empreinte d'un travail lent et progressif (3), cependant il ne sera permis de nier positivement le mode de formation qu'on leur attribue, que lorsqu'on se sera rendu compte, d'une manière satisfaisante, de cette instantanéité, dans la production de laquelle je suis porté à croire que l'on peut faire jouer à la congestion cérébrale un rôle important. Si je ne me trompe, on néglige trop, dans l'étude de la pathologie des centres nerveux, la congestion, dont les traits légers et la nature fugace rendent l'appréciation douteuse et l'observation difficile, mais dans laquelle on peut trouver une raison simple et logique des phénomènes à l'occasion desquels on se livre à bien d'autres hypothèses moins solides encore et moins satisfaisantes.

Je vais maintenant me livrer à l'analyse des observations que j'ai rapportées.

Tout le monde conviendra que les altérations que j'ai décrites sont précisément celles qui caractérisent l'inflammation du cerveau; rougeur, tuméfaction, ramollissement, adhérences des membranes: tels sont les éléments anatomiques qui se présentent à nous.

Nous avons vu la rougeur surtout prononcée dans la substance corticale qui présente une foule de nuances, depuis un rose tendre jusqu'à une rougeur framboisée. Des plaques amaranthes ou noirâtres, auxquelles M. Cruveilhier donne le nom d'apoplexie capillaire, et qui ne sont probablement autre chose que le résultat de la rupture de petits vaisseaux, témoignent de la force avec laquelle le sang s'est porté à la périphérie du cerveau (1). Une légère teinte jaune, répandue sur quelques circonvolutions, et analogue à celle qui environne la plupart des épanchements qui se font à la surface et à l'intérieur du cerveau, annonce encore un tissu gorgé de sang. Cette rougeur, ordinairement limitée à la substance corticale, se montre aussi plus ou moins prononcée dans la substance médullaire, où l'on rencontre alors parfois ces bandes rosées si fréquentes dans les cerveaux des aliénés et surtout des épileptiques.

La tuméfaction des circonvolutions est un phénomène remarquable, qu'il ne faut pas confondre avec l'hypertrophie du cerveau, et qui indique un afflux considérable des liquides vers la partie qui en est le siége. M. le professeur Bouillaud, qui paraît l'avoir souvent observé, compare cet état à la fluxion sanguine:

(1) Andral, Clinique médicale, t. V, p. 413.

(2) Rostan. Loc. cit., p. 153.

(3) Les observations de M. Durand-Fardel ont été toutes prises à la Salpêtrière. Or, on sait combien il est difficile, dans cet hospice, d'avoir des renseignements précis sur les antécédents des malades qui sont transportées à l'infirmerie, et surtout de celles qui sont affectées de ramollissement cérébral. C'est là ce qui a jeté jusqu'à présent quelque doute sur l'invasion subite de cette affection signalée par quelques observateurs. M. Durand-Fardel a été forcé, comme on le voit dans ses observations, de se contenter de renseignements fort incertains, et l'histoire positive de ses malades ne commence guère qu'au moment où elles ont été prises d'accidents apoplectiformes. En sorte que les objections qu'on a faites aux observations qui ont précédé les siennes conservent toute leur force. On a dit, en effet: « Les symptômes de la première période du ramollissement sont légers, difficiles à observer, il faut pour les constater une attention particulière; puis viennent souvent, avec rapidité, des symptômes plus graves et plus évidents; qui nous dit que ce ne sont pas seulement ceux de la deuxième période qui ont été observés? » Cette objection n'est pas, et ne pouvait pas être détruite par la plupart des observations prises dans les circonstances où se trouvaient les malades de M. Durand-Fardel; mais, hâtons-nous de le dire, ce n'est pas là la partie la plus importante de la question. Les observations intéressantes de l'auteur de ce mémoire auront ajouté beaucoup, nous n'en doutons pas, à la symptomatologie et à l'anatomie pathologique de cette maladie encore imparfaitement connue: le ramollissement cérébral. N. des R.

(1) Quelquefois la congestion sanguine est assez forte pour briser quelques vaisseaux capillaires, et alors le sang est infiltré dans la substance cérébrale, où il peut même former de petites ecchymoses, des espèces de *foyers apoplectiques* partiels. (Bouillaud. Traité de l'encéphalite, p. 230.)

qui caractérise l'érection. « C'est un phénomène digne de remarque, dit-il, que la facilité avec laquelle se gonfle et s'érige en quelque sorte la pulpe cérébrale, sous l'influence d'une vive irritation (1). » « Dans les inflammations aiguës du cerveau, dit le professeur Lallemand, il existe une fluxion qui produit une turgescence plus ou moins considérable, et par suite une compression des parties non enflammées, et des symptômes généraux, tels que le coma, la perte de connaissance.... (2) » Cette turgescence, que nous avons montrée à un si haut degré dans les observations précédentes, est donc, presque certainement, un phénomène d'encéphalite, d'autant plus qu'elle ne s'est jamais rencontrée, que je sache, ailleurs que dans l'encéphalite (3) : aussi j'y attache beaucoup d'importance, non-seulement parce qu'à elle seule elle paraît démontrer la nature inflammatoire de la maladie, mais encore parce qu'elle nous donne, comme nous le verrons tout à l'heure, l'explication d'une partie des phénomènes que nous avons observés pendant la vie.

Quant au ramollissement, son étude attentive me paraît aussi devoir singulièrement aider à la solution de la question. On prétend que ce ramollissement est primitif, c'est-à-dire sans doute qu'il est toute la maladie, la cause des symptômes et le point de départ des autres altérations. Mais si l'on fait attention que dans les cas que j'ai cités, aussi bien que dans tous ceux de ce genre que j'ai pu observer, ou dont j'ai lu la description, ce ramollissement est à peine prononcé, superficiel, consistant dans une simple diminution de cohésion, et n'ayant aucun rapport avec cette désorganisation qui constitue le ramollissement du cerveau proprement dit. Si l'on remarque qu'un filet d'eau pénètre à peine le tissu ramolli, sans jamais en entraîner de fragments; si l'on se rappelle que nous avons vu le corps strié détaché de la coque qui le renferme, et ses fibres blanches disséquées par un filet d'eau, sans que son tissu propre en fût lui-même altéré (Obs. III); on sera convaincu que le ramollissement que j'ai décrit est une altération tout à fait secondaire, et que l'aspect qu'il présente et son peu d'intensité ne permettent pas de le regarder comme l'élément principal, comme le point de départ de la maladie. J'insiste sur ce fait qui me paraît d'une haute importance : si un ramollissement est primitif, s'il est capable de donner lieu par lui-même aux accidents si graves que j'ai décrits, ce ramollissement doit être très-prononcé, il doit y avoir désorganisation du tissu cérébral. Mais comme dans tous les cas que j'ai cités, dans tous ceux de ce genre que je connais, il n'en est point ainsi, je crois pouvoir affirmer que ce ramollissement s'est développé secondairement.

Nous avons vu que la pie-mère adhérait toujours aux circonvolutions ramollies, et que ces adhérences étaient parfaitement limitées aux points malades. Personne ne contestera à cette altération sa nature inflammatoire, qui vient confirmer le caractère que j'ai cru devoir assigner à la maladie dont elle est un des éléments. Dans une seule observation, où les adhérences de la pie-mère ne paraissaient pas plus marquées sur l'hémisphère malade que de l'autre côté (Obs. III), nous avons déjà vu que le ramollissement était à peine prononcé, et que cette circonstance servait encore à démontrer la liaison que nous croyons exister entre le ramollissement et les adhérences des circonvolutions, c'est-à-dire entre les deux éléments *inflammatoires* de la maladie. La pie-mère a toujours présenté une injection plus ou moins vive, générale, ou limitée au côté malade (1). Excepté dans l'observation deuxième, elle ne contenait pas de sérosité, la turgescence de la superficie du cerveau ne laissant pas à ce liquide assez de place pour s'épancher au-dessous de l'arachnoïde. Probablement dans le cas où nous avons rencontré de la sérosité, elle existait depuis longtemps. Le cerveau, dont les circonvolutions, quoique tuméfiées, n'atteignaient pas la voûte du crâne, était sans doute lui-même dans cet état de retrait, d'atrophie générale, si ordinaire chez les vieillards. (Le sujet de cette observation avait 79 ans.)

Il me semble que l'étude de ces diverses altérations anatomiques démontre évidemment la nature inflammatoire de la maladie qu'elles représentent, et cette démonstration me paraît d'autant plus certaine, qu'elle est basée sur la simple observation et non pas sur une interprétation plus ou moins hasardée de faits qu'il serait possible d'envisager sous plusieurs points de vue. L'anatomie pathologique, en

(1) Bouillaud. Dict. de méd. et de chir. prat., t. 7, art. Encéphalite.

(2) Lallemand. Recherches sur l'enc. .. Let. troisième, p. 437.

(3) L'on rencontre bien quelquefois de la tuméfaction dans l'apoplexie capillaire; mais alors elle est tout à fait circonscrite, peu prononcée, et elle tient uniquement à la place qu'occupe le sang épanché entre les molécules du tissu cérébral. C'est la tuméfaction de l'ecchymose, tandis que celle que j'ai décrite est celle de l'érysipèle.

(1) Je crois que lorsque la pie-mère présente de la rougeur, bien qu'elle soit comprimée soit par un épanchement dans les ventricules ou dans le cerveau, soit par une augmentation de volume de ce dernier, on peut affirmer en général qu'elle est le siége d'une congestion active; car dans l'hypertrophie du cerveau, dans les épanchements chroniques considérables des ventricules, les vaisseaux pressés entre les circonvolutions et la voûte du crâne sont presque toujours à peu près vides de sang.

effet, a cet avantage, qu'elle imprime à quelques-uns de ses résultats un caractère de certitude que l'on chercherait vainement ailleurs. Si elle prête souvent à l'erreur, c'est lorsqu'il s'agit de ces lésions fugitives que l'on ne suit souvent qu'avec les yeux de l'imagination, ou de ces altérations anciennes, dont la physionomie première totalement changée ne peut être que soupçonnée. Mais s'il est question d'une altération récente, bien tranchée, facile à observer, et dont tous les éléments s'harmonisent assez pour que la liaison qui les unit ne puisse échapper à l'œil, alors on peut, je pense, s'attacher avec quelque assurance aux résultats que donne son étude, et l'on doit partir de l'altération anatomique pour expliquer les symptômes, plutôt que de chercher dans ces derniers la clef des lésions qui paraissent les avoir produits.

(*La suite au prochain cahier.*)

ARCHIVES DE MÉDECINE.—Février 1839.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

M. le professeur Roux.

La clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu peut être considérée comme la plus riche de Paris. Les salles de M. le professeur Roux renferment près d'une centaine de lits, et outre les nombreux malades envoyés par le bureau central, les affligés de toute espèce qui se présentent à la consultation permettent d'y recruter un nombre prodigieux d'affections plus ou moins importantes à observer. Il semble donc que dans le premier service chirurgical du monde, on devrait rencontrer chaque année tous les genres de maladies externes qui affligent l'espèce humaine; à côté des maladies ordinaires, toutes les affections spéciales. Telle paraît du moins avoir été l'intention de ceux qui, depuis un siècle, ont placé à la tête de cet enseignement modèle les plus hautes illustrations de chaque époque, Desault, Pelletan, Dupuytren.

Tel paraissait devoir être aussi le but de l'enseignement de M. le professeur Roux. Lui-même dans ses cours a annoncé que le sien devait comprendre tout ce qui concerne la chirurgie; qu'il n'était consacré à aucune spécialité, mais qu'il n'en excluait aucune. Et cependant combien les faits démentent ici les promesses. Les salles de M. le professeur Roux paraissent, pour ainsi dire, consacrées à une spécialité, celle des opérations : tout semble s'y résumer dans la pratique des opérations; pour celui qui suivra le chirurgien à la chaire de clinique, le même élément domine encore. Qu'on entre pendant la leçon du professeur, on l'entendra décrivant un procédé opératoire qu'il va mettre en usage dans quelques instants, ou rendant compte d'incidents survenus la veille pendant une opération. Point d'enseignement pathologique proprement dit; ici un seul enseignement, ou plutôt une seule démonstration; celle de l'art opératoire absorbe, dévore tout le reste; non de cet art opératoire qui apprend à lutter contre la destruction, mais trop souvent de celui qui apprend à la hâter, à l'appeler!

Nous sommes loin de méconnaître les talents que M. le professeur Roux possède comme opérateur dans la majorité, sinon dans la totalité des cas chirurgicaux; mais l'opérateur n'est pas tout, et le successeur des Pelletan, des Dupuytren, assume en lui les obligations les plus imposantes : celles de praticien, de professeur, de chirurgien. Eh bien! nous croyons que sous ces trois points de vue l'enseignement chirurgical de l'Hôtel-Dieu de Paris est imparfait.

La théorie, la science, l'histoire, la description des maladies chirurgicales y sont complétement mises de côté et sacrifiées à ce qui ne devrait être que l'exception : les opérations sanglantes. D'un autre côté, la pratique offre les mêmes inconvénients.

Point de thérapeutique chirurgicale; ici, le médecin s'efface encore, et l'on abandonne à la seule nature, ceux auxquels on a quelquefois ôté tout ce que leur restait de ressource en elle.

Nous n'insisterons pas davantage sur M. le professeur Roux, dont les talents comme opérateur, et l'insuffisance comme professeur sont depuis longtemps appréciés, et nous dirons que, malgré les inconvénients que nous venons de signaler, son service à l'Hôtel-Dieu est encore la mine la plus précieuse pour l'instruction que chacun peut y puiser par soi-même. On peut en une année y observer presque toute la chirurgie. Nous allons faire connaître quelques-uns des cas les plus importants qui ont passé sous nos yeux.

Abcès.

Les abcès, considérés en général, n'ont offert rien de bien remarquable. M. Roux arrive presque toujours à leur diagnostic avec beaucoup d'habileté; il les ouvre toujours largement; mais, contrairement aux principes de celui qu'il aime à proclamer comme son maître, de Boyer, il ne manque jamais d'enfoncer un doigt dans la cavité de l'abcès et d'en faire le tour. Cette seconde opération arrache toujours les hauts cris aux malades, et nous n'en concevons pas bien la nécessité dans la majorité des cas.

Gangrène par congélation.

Un cas bien remarquable de gangrène par congélation se présente au mois de mars 1837. Un habitant de la Suisse italienne, âgé de trente-six ans,

d'une constitution en apparence robuste, avait traversé les Alpes à pied, et s'était arrêté au mont Saint-Gothard environ une demi-heure; il avait ensuite fait le reste du trajet de la Suisse à Paris, mais en voiture.

Cet homme à son entrée, le 13 mars, portait pour toute lésion un sphacèle ou plutôt une carbonification des deux premiers orteils du pied gauche.

On ne fit qu'achever ce que la nature avait commencé en coupant les tendons qui retenaient encore les orteils gangrénés. Cependant, malgré un traitement tonique, on voyait toutes les fonctions vitales s'éteindre de jour en jour, sans réaction, pour ainsi dire, sans lésion.

Il fallait que le froid et le besoin eussent comme sidéré en lui les sources de la vie : bientôt apparurent des symptômes de résorption purulente; il resta plusieurs jours dans la stupeur; le 25, il survint un ulcère et il mourut le 28, après un coma entrecoupé de cris, d'agitation.

A l'autopsie, on trouva le foie énormément augmenté de volume et rempli de plusieurs centaines d'abcès arrondis, du volume d'une grosse aveline, contenant une matière à demi liquide, jaune verdâtre, sans kyste. Entre ceux-ci, il se trouvait une multitude de petits abcès miliaires.

Tumeur fongueuse sanguine.

Le 8 janvier 1837, il entra une petite fille de cinq mois, portant à la région parotidienne gauche une tumeur du volume du poing. On y voyait encore bien distinctement les traces d'un nœvus maternus; mais l'enfant ayant été mise chez une nourrice négligente, on ne savait à quelle époque la tumeur avait commencé à se développer. Celle-ci paraissait de nature artérioso-veineuse; car elle était brunâtre dans certains points et rosée dans d'autres. La compression de l'artère carotide n'en diminuait pas sensiblement le volume. M. Roux dit à ce sujet : que si l'enfant avait été plus âgée, plus en état de supporter la perte de sang et la douleur, il aurait lié l'artère carotide primitive, comme il l'a déjà fait en pareil cas avec succès.

D'après une méthode préconisée en Amérique, il circonscrivit le contour de la tumeur qui n'était pas pédicellée d'un cercle de potasse caustique. Quelques jours après, lorsque les téguments eurent été détruits, il la comprit dans quatre segments de fil.

L'enfant tomba d'abord dans une prompte prostration; les forces parurent ensuite se relever un peu; mais bientôt elles cessèrent de pouvoir résister à l'abondance de la suppuration, n'étant d'ailleurs soutenues par aucun moyen; aussi la petite malade succomba-t-elle une dizaine de jours après l'opération.

Cette observation prouve quel danger il y a à négliger les nœvi materni, quelque petits qu'ils soient. Celui-ci avait sans doute un bien petit volume dans le principe, puisqu'il n'attira pas l'attention de la mère; on voit cependant quelle en fut la rapide et fatale terminaison.

Le mode de traitement que leur applique M. Roux est très-simple, peut-être trop simple. Il consiste uniquement dans la compression faite avec le diachylon et une bande roulée par-dessus; de temps en temps on cautérise un peu avec le nitrate d'argent.

Avec les bandelettes de diachylon, on finit par obtenir la cicatrisation; mais elle est fort longtemps à s'achever.

Nous avons vu dans les salles de M. Blandin, pendant que M. Roux en faisait le service par intérim, un ulcère serpigineux de nature douteuse, mais d'origine traumatique, qui avait d'abord exfolié, puis entièrement détruit le tendon d'Achille de la jambe gauche; on n'en avait pu arrêter les progrès qu'en le modifiant puissamment par le fer rouge. Les bandelettes et le nitrate d'argent en achevèrent ensuite lentement la cicatrisation.

Fracture du col du fémur.

Le 5 février 1837 est entré un homme de 80 ans, pour se faire traiter des suites d'une chute faite dans un escalier sur le grand trochanter gauche. L'articulation étant très-déformée et très-gonflée, il y avait un raccourcissement notable de la jambe, et, chose étonnante, le malade avait toujours la jambe et le pied extrêmement portés en dedans. La jambe était fléchie sur la cuisse, qui elle-même était continuellement dans l'adduction. Il y avait de la crépitation.

M. Roux diagnostiqua une fracture du col du fémur. Il pensa qu'il y avait, en outre, une fracture du rebord de la cavité cotyloïde. Ce chirurgien a signalé un des premiers la coïncidence de la fracture de l'os innominé dans les cas de luxation et de fracture du col du fémur. Bien plus, on a vu l'os innominé se fracturer seul : la crépitation était alors évidente; la tête du fémur pouvait sortir de l'articulation, mais elle n'allait pas jusqu'à gagner la fosse iliaque, et d'ailleurs, on pouvait toujours le ramener aisément à sa place.

Pour justifier son diagnostic, M. Roux ne pouvait s'appuyer sur la persistance du renversement du pied en dedans. Ce phénomène a quelquefois lieu dans les fractures du col du fémur, mais non cependant une fois sur quatre ou cinq, comme l'a avancé Desault. Il n'est pas dû à une fracture de la cavité cotyloïde, mais à ce que, dans certaines fractures du col du fémur, la tête de celui-ci s'enfonce dans la partie spongieuse du grand trochanter.

Mais ce qui pouvait faire fortement soupçonner une fracture du rebord de la cavité cotyloïde, c'était

la force de la crépitation, son peu de profondeur : elle se sentait presque sous la peau. On mit l'appareil de fracture ordinaire de la cuisse.

Le malade mourut le 4 mars suivant. A l'autopsie, on trouva, non pas une fracture de la cavité cotyloïde, mais une fracture double du fémur, savoir : une fracture intra-articulaire du col, et une fracture du grand trochanter à la base.

Fractures de la jambe.

Au commencement de juin on amena un homme qui portait une fracture à chaque jambe, par suite d'une chute faite d'un troisième étage. A la jambe gauche, il y avait fractures des deux os à deux travers de doigts au-dessus de l'articulation du pied, sans plaie, mais avec épanchement sanguin autour de l'articulation. A la droite, la fracture existait à la partie moyenne avec déformation et avec deux plaies: l'une petite, au niveau de la fracture; l'autre plus grande, à la malléole interne.

M. Roux émit à cette occasion l'étrange opinion que plusieurs fractures multiples résultant d'un même accident influent mutuellement les unes sur les autres, au point de guérir mieux qu'une seule. Toutefois, cette assertion ne fut point justifiée chez ce malade: la fracture de la jambe gauche influa si peu sur celle de la droite, qu'au bout de quelques jours on se crut obligé d'en venir à l'amputation de cette dernière. M. Roux fit l'opération au lieu d'élection au-dessous du genou, mais en exprimant la crainte de trouver encore des fusées purulentes. Comme c'est son ordinaire, il retrancha un peu plus du péroné que du tibia, parce que le péroné se dépouille de ses muscles et forme ensuite une saillie. C'est Béclard qui a d'abord émis cette idée.

Ainsi qu'on l'avait craint, il se forma de vastes fusées purulentes qui remontèrent le long de la cuisse. Doué d'un tempérament vigoureux et d'une force morale extrême, le malade résista un mois entier; mais enfin il succomba à l'abondance de la suppuration.

Sans faire un crime au chirurgien de cette opération malheureuse, nous croyons qu'elle devait être funeste au malade; car elle n'empêchait pas les abcès de se former, et elle y joignait ses propres dangers. Mieux eût peut-être valu ne pas amputer que de le faire au milieu même du siége du mal. On avait, au contraire, tout à gagner en attendant, d'autant plus que les forces du malade étaient encore en très-bon état. Il est d'ailleurs bien rare dans ces fractures par chute d'un lieu élevé que la commotion se borne aux parties fracturées et ne jette pas celles qui environnent dans une fâcheuse prédisposition. L'amputation de la cuisse eût offert ici plus de chances de succès.

Luxations.

Il ne s'en est présenté qu'un petit nombre. Nous en avons vu deux fort anciennes du coude chez de jeunes garçons d'environ quinze ans. Les tentatives de réduction furent inutiles sur une d'elles, qui datait de plus de deux mois. M. Roux n'osa pas les pousser trop loin de peur de causer une fracture de l'olécrâne, ainsi que cela est déjà arrivé. Il fut plus heureux dans l'autre cas. Il s'agissait d'une luxation de l'avant-bras droit en arrière, datant de cinquante-deux jours, avec une légère déformation de l'épitrochlée, telle qu'il pouvait bien y avoir eu quelque solution de continuité à l'extrémité inférieure de cette portion de l'humérus. Cette luxation s'était opérée par suite d'une chute faite en sautant sur la paume de la main droite. Les médecins de la capitale, après avoir vainement tenté la réduction une dizaine de jours après l'accident, s'étaient bornés à appliquer sur l'avant-bras un appareil composé de trois attelles.

Avant de faire une nouvelle tentative de réduction, M. Roux fit prendre au malade des bains locaux dans une décoction de guimauve, ainsi que des frictions de moelle de bœuf. La réduction fut ensuite opérée sans trop d'efforts, et le malade recouvra la plus grande partie des anciens mouvements du membre.

M. Roux fit observer à ce sujet que presque jamais les malades ne rentrent dans une jouissance complète de la liberté de l'articulation du coude. Mais c'est que la nature nous a donné, dit-il, un luxe de mouvements qui dépasse de beaucoup la réalité de nos besoins. Ainsi on peut en perdre une partie sans aucun inconvénient.

M. Roux compte huit autres cas d'anciennes luxations de l'avant-bras qu'il a ainsi réduites avec succès. L'une d'elles datait de cinq mois. C'est dans ces circonstances qu'on ne saurait donner trop d'éloges à l'intrépidité du chirurgien.

Tumeurs blanches.

Nous avons vu un grand nombre de ces affections. Presque toutes ont eu une terminaison fatale. M. Roux les traitait par les frictions mercurielles, les vésicatoires volants, les cautères et enfin par l'amputation. Cette dernière n'a été que dans bien peu de cas suivie de succès. A quoi donc l'attribuer? Nous n'en savons rien.

Deux fois la résection a été tentée : l'une, dans un cas de tumeur blanche du poignet; l'autre, dans celui d'une tumeur blanche du coude. La terminaison fut funeste dans chacun de ces deux cas. Ce n'est pas ce dénoûment qui nous fait jeter un blâme général sur ces résections. On ne peut que louer l'intention du chirurgien qui cherche à sauver ce qu'il

peut du membre d'un malheureux. Mais il suffira peut-être pour l'en dégoûter, de jeter les yeux sur le pénible spectacle que présentent ces longues et cruelles opérations. Croit-on beaucoup moins dangereuse que l'amputation du bras la résection de l'extrémité des trois os qui concourent à former l'articulation du coude? Croit-on pouvoir obtenir par la suture entrecoupée la réunion immédiate de ces chairs horriblement contuses pendant une opération qui a duré de trois quarts d'heure à une heure? Enfin, en supposant que la mortalité ne fût pas plus fréquente que dans les amputations simples, de quel secours veut-on que soit au malheureux un membre ainsi mutilé? Aussi les grandes résections ont-elles été presque universellement rejetées de la pratique.

Nous avons aussi remarqué deux abcès froids sous-deltoïdiens, que l'on pourrait rapporter à une sorte de tumeur blanche de l'articulation scapulo-humérale. Chez ces deux sujets, dont l'un était un jeune garçon de quinze ans, et l'autre une femme de vingt-cinq à trente ans, l'affection datait de longtemps et affectait une marche extrêmement chronique. Les mouvements de l'articulation étaient gênés; mais on ne remarquait point cette immobilité complète des tumeurs blanches du coude et du genou. On tenta les révulsifs sans changement notable, et on renvoya ces malades, que nous avons depuis perdus de vue.

Plaie pénétrante de la tête.

Un cocher était tombé un soir de son cabriolet sur la région temporale droite, et avait perdu beaucoup de sang. On l'amena à l'Hôtel-Dieu en pleine connaissance. Le chirurgien de garde fit une incision cruciale, et le malade passa une nuit assez tranquille. Le lendemain au matin on trouva sur l'appareil provisoire une quantité notable de substance cérébrale qui s'était échappée d'une solution de continuité de cinq ou six lignes de largeur. La plaie est située à la partie la plus élevée de la région temporale. A l'examen on trouva une fracture des parois du crâne avec enfoncement des esquilles, déchirure des méninges sous-jacentes et lésion de la substance cérébrale elle-même. La compression causée par ces esquilles n'était pas assez forte pour amener des symptômes bien marqués de compression cérébrale. Cette compression était d'ailleurs trop bornée. Aussi il n'y avait pas eu de délire; le malade répondait avec précision aux questions qu'on lui adressait, seulement il y avait de la tendance à l'assoupissement. Sensibilité du membre supérieur gauche, obtuse en quelques endroits; pouls régulier et assez fréquent, mais peu élevé; yeux ouverts, pupilles contractées, surtout à gauche. Après l'enlèvement de deux esquilles imbriquées faisant saillie à l'intérieur, il est survenu une forte hémorrhagie causée par la section d'une branche de la temporale, ou plutôt d'une de celles de la méningée moyenne. Toutefois les réponses du malade furent plus nettes et plus libres qu'auparavant. Certains auteurs ont pensé que le cerveau peut s'habituer à un certain degré de compression; mais c'est une erreur, et il vaut mieux relever les os fracturés et les extraire tant qu'il y a possibilité.

Les deux premiers jours qui suivirent l'accident, le malade n'offrit encore aucun symptôme intense d'encéphalite; point de résolution ni de paralysie; il serrait encore les mains. Nouvelle saignée; couenne inflammatoire; petit lait émétisé.

Le quatrième jour, dès le matin, délire tranquille; paralysie au bras gauche, pupille gauche dilatée; quarante sangsues aux apophyses mastoïdes.

Le cinquième jour, la maladie continue de marcher rapidement. Pouls fréquent, vif et développé; peau chaude, couverte de sueur; hémiplégie à gauche; sensibilité nulle de ce côté; contracture à droite; carphologie; délire toute la journée.

Mort le lendemain.

On trouve à l'autopsie un caillot de sang dans le cerveau au niveau de la plaie; ramollissement et détritus de matière cérébrale aux alentours; arachnoïde injectée en rouge jusque à quelques pouces de distance.

Fracture du crâne.

Un homme fut apporté à l'Hôtel-Dieu dans un état complet d'ivresse, et venant de tomber d'un troisième étage. Il vomissait des matières vineuses; le pouls est descendu à trente pulsations; les membres étaient froids. L'interne de garde n'osa le saigner dans un pareil état.

Le lendemain au matin, sommeil, respiration entremêlée de rhonchus dans la trachée artère; bâillements fréquents; pas de paralysie. On trouve sur l'oreiller du sang épanché par chacune des deux oreilles; les bruits du cœur ressemblent à des glouglous de bouteilles. Pulsations encore très-lentes; on constate en outre une fracture des deux os de la jambe gauche à hauteur inégale. Trois saignées du bras dans le courant du jour; appareil pour les fractures.

Les symptômes cérébraux qui se manifestaient étaient bien ceux d'une compression cérébrale, et le sang sorti par chacune des oreilles indiquait assez qu'elle était due à un épanchement de sang, avec fracture des os de la base du crâne. Dans la journée il survint une paralysie des membres thoracique et pelvien gauche; bâillement fréquent; assoupissement; de temps en temps sommeil stertoreux; ce-

pendant le soir, après la troisième saignée, la sensibilité parut revenir un peu.

Il mourut néanmoins pendant la nuit.

A l'autopsie, on trouva un épanchement sanguin dans le muscle crotaphite; du côté gauche, fracture du crâne, commençant en haut du temporal du même côté, traversant la fosse temporale de haut en bas, et d'arrière en avant jusqu'à l'os maxillaire supérieur, et revenant s'étendre en arrière à la base du crâne jusqu'au sommet du rocher. Épanchement considérable de sang entre le crâne et la dure-mère.

Tout l'hémisphère cérébral droit est recouvert, au-dessus de la dure-mère, d'un enduit sanguin; épanchement énorme de même nature à la base du crâne à droite, et un peu sur les côtés du lobe moyen du cerveau; sérosité sanguinolente dans les deux ventricules latéraux.

A la jambe gauche, c'est-à-dire du même côté que la fracture du crâne, fracture des deux os; celle du péroné siége un peu au-dessous de la tête; celle du tibia, un peu au-dessus de la malléole interne. Épanchement sanguin dans toute la jambe, remontant jusqu'au-dessus du genou.

Kystes des paupières.

Il ne s'est présenté qu'un cas de ce genre. C'était chez une femme d'une constitution faible. Il s'était développé un an auparavant une petite tumeur à la paupière inférieure gauche; pendant les neuf premiers mois, elle ne s'était accrue que lentement; mais pendant les trois derniers, elle avait beaucoup grossi, et avait même acquis le volume du petit doigt. Il n'y avait que quelques jours qu'elle y avait ressenti de la douleur, ou plutôt de la gêne, car le kyste faisait saillie plus en dehors de la tumeur qu'en dedans. Ce fut, du reste, ce qui la détermina à réclamer les secours de l'art.

Il se forme souvent dans l'épaisseur des paupières, et plus souvent de l'inférieure, de ces tumeurs appelées loupes. Elles n'ont en général le caractère des kystes qu'après avoir acquis un certain degré de développement. Si on les ouvre auparavant, elles paraissent plutôt de nature charnue. La matière cystique qu'on y trouve plus tard est grumeleuse, blanchâtre. Elles sont plus fréquentes aux paupières inférieures qu'aux supérieures; ce qui est assez heureux parce qu'on peut les extirper de plusieurs manières, par la surface externe et par la surface interne des paupières, dernier mode beaucoup plus facile à appliquer à la paupière inférieure qu'à la supérieure, à cause qu'elle se laisse plus facilement renverser.

Ces tumeurs se forment tantôt entre la peau et le muscle orbiculaire des paupières, tantôt entre celui-ci et la muqueuse. On les a attribuées au développement des glandes de Meibomius, mais sans en apporter des preuves bien concluantes; et on pourrait tout aussi bien admettre leur développement comme spontané. De cette diversité du siége de ces kystes, il résulte qu'on peut les extraire tantôt par la peau, tantôt par la conjonctive; les malades préfèrent généralement qu'on enlève la tumeur par la surface interne; cependant l'extirpation faite par la peau, suivant le pli des paupières, ne laisse presque aucune cicatrice; elle est d'ailleurs moins difficile à pratiquer et n'expose pas comme celle qui se ferait par la muqueuse à une inflammation grave, quoique heureusement assez rare, de la conjonctive.

Du reste, ces tumeurs, abandonnées à elles-mêmes, ne sont guère susceptibles d'acquérir un volume très-considérable. C'est presque une loi, dit M. le professeur Roux, qu'une tumeur reste petite dans un organe petit.

Chez la femme qui fait le sujet de ces réflexions, la tumeur a été extirpée par la peau.

La cicatrisation s'est faite rapidement et sans aucun accident. C....

JOURN. DES CONN. MÉDICALES. — FÉV. 1839.

Observations relatives à l'incision du périoste et la trépanation des os dans certaines inflammations purulentes qui constituent la première période de la nécrose; par T. MORVEN SMITH, M. docteur de Baltimore (1).

Les auteurs qui ont écrit sur la nécrose ont presque généralement dirigé leur attention sur le résultat le plus commun de cette maladie, c'est-à-dire la mort de l'os, et n'ont point porté assez loin leurs investigations en ce qui concerne les premières périodes de l'affection et les moyens convenables pour l'arrêter à son début. Les écrits de Weidmann, de Boyer, de Bell, etc., sont tout à fait défectueux sous ce rapport. La mort de l'os n'est pas plus le résultat nécessaire de la maladie, que l'hydrocéphale la suite nécessaire de l'inflammation des membranes du cerveau. Le terme nécrose est sans doute non moins malheureux dans son application que celui d'hydrocéphale, et c'est en s'en tenant à sa stricte signification que les chirurgiens sont tombés dans une double erreur de pathologie et de pratique.

Les cas suivants sont destinés à éclaircir et justifier les vues pathologiques et le mode de traitement

(1) Extrait de l'American jour. of the med. sciences, n° XLV, novembre 1838, p. 93.

proposés, il y a quelques années, par feu mon père le professeur N. Smith (du collége d'Yale) dans ses mémoires chirurgicaux. Il regardait la maladie comme une simple inflammation de l'os, qui toutefois se terminait trop communément par la mortification de l'organe. Pensant que le dépôt de pus dans la cavité de l'os était la cause de sa mort, il crut pouvoir prévenir ce résultat fâcheux en perforant ou trépanant l'os dans les premières périodes. On verra par les cas suivants que ce plan de traitement fut adopté et qu'il réussit dans tous les cas; dans un cas même où le temps qui s'était écoulé depuis le début de la maladie ne permettait guère d'attendre un résultat aussi favorable.

Obs. I. — Le 26 juillet 1835, je fus appelé pour voir le fils du capitaine Morley, âgé de 16 ans. Je trouvai le malade atteint d'une violente douleur à la jambe, surtout au voisinage du coude-pied. La partie inférieure de la jambe, le coude-pied, le pied lui-même étaient fort tuméfiés, le pouls était dur et rapide, la peau chaude, la langue blanche, le patient extrêmement agité. Le moindre mouvement imprimé à son lit lui arrache des cris. Cet enfant s'était toujours bien porté, lorsque trois jours auparavant il avait été pris de douleur dans le coude-pied après avoir travaillé pendant plusieurs heures exposé à un soleil chaud, et le coude-pied plongé dans une source d'eau froide.

Comme la soirée était déjà avancée, je couvris seulement la partie affectée de compresses imbibées d'un liquide évaporant; j'attendis au lendemain, et je décidai mon diagnostic d'après les particularités suivantes, savoir : l'âge du malade, son état antérieur de santé, la cause apparente de l'affection, la soudaineté de l'attaque, le gonflement de la jambe, la rougeur et l'exquise sensibilité au plus léger contact, enfin la violence de la fièvre symptomatique. Je pensai d'après cet ensemble de circonstances avoir affaire à un commencement de nécrose.

Le 27 juillet, je visitai de bonne heure le malade : il avait passé une mauvaise nuit, tous les symptômes s'étaient aggravés, un opiat qu'il avait pris ne l'avait pas soulagé, non plus que la lotion évaporante. Je pensai alors à opérer suivant la méthode de mon père, c'est-à-dire à inciser les parties molles jusqu'à l'os et perforer l'os lui-même si je trouvais du pus sous le périoste. Je choisis le lieu de mon incision à deux pouces au-dessus de la malléole interne à la partie interne du tibia, d'après deux raisons; d'abord ce point semblait être le centre de l'inflammation, ensuite c'était celui où la pression causait les plus vives douleurs. J'y plongeai donc un scalpel jusqu'à l'os, et je trouvai le périoste soulevé et distendu par une grande quantité de pus placé au-dessous de lui. Je dilatai alors la plaie en haut et en bas, aussi loin que le périoste me parut décollé; de cette manière l'incision avait quatre pouces de longueur. Après avoir soigneusement enlevé le sang et le pus qui salissaient la plaie, je perforai l'os en deux endroits à un pouce de chaque extrémité de la blessure extérieure. Il s'écoula aussitôt une matière purulente de la cavité de l'os par les deux perforations. Au bout d'une heure le malade était entièrement soulagé et jouissait d'un sommeil paisible.

Le 28, le malade continue à aller bien; pas de douleur, le pouls s'est ramolli; la nuit a été tranquille; il s'écoule du pus par la plaie.

Le 29, la nuit a été moins bonne, le pouls est redevenu dur; douleur autour du genou et à la partie supérieure de la jambe, la plaie est enflammée, gonflement assez considérable de la partie supérieure de la jambe.

Le 30, la douleur du membre a beaucoup augmenté, ainsi que le gonflement de la partie supérieure de la jambe; il y a un point extrêmement sensible à deux ou trois pouces au-dessous du genou à la partie interne du tibia (*on the flat of the tibia*); la plaie inférieure paraît enflammée. Je fus dès lors convaincu qu'à la partie supérieure du tibia existait le même état de chose que celui que j'avais rencontré à sa partie inférieure. Désireux de rendre quelque autre médecin témoin du résultat de l'opération, j'engageai mon ami le docteur Humphreys de Southwick à y assister, et dans l'après-midi je fis sur la partie supérieure du tibia ce que j'avais exécuté sur la partie inférieure, et j'obtins absolument les mêmes effets. Le docteur Humphreys se trouva extrêmement satisfait de ce résultat.

Le 31, le malade ne souffre nullement, la plaie inférieure a un meilleur aspect; le pouls est mou; la nuit a été bonne.

Le 1er août, le mieux continue, les plaies ont bon aspect, l'écoulement purulent est modéré.

Le 3. État tout à fait satisfaisant, le malade a bon appétit, il dort bien.

J'ai eu la satisfaction de voir mon malade guéri sans aucun fâcheux symptôme, sans aucune exfoliation de l'os.

Obs. II. — Le 16 octobre 1836, je fus appelé pour voir un malade du docteur Iven de Suffield, à dix milles de ma demeure. Le malade, âgé d'environ 15 ans, était affecté de violentes douleurs dans un des membres inférieurs, et d'une fièvre symptomatique intense; le pouls était dur, rapide, la langue blanche, la peau chaude et la soif ardente.

A l'examen, je trouvai la jambe très-tuméfiée entre le genou et le coude-pied; il en était de même du pied. C'était le cinquième jour de la maladie qui avait débuté d'une manière très-soudaine. La jambe était dure et ne cédait nullement au toucher; au contraire le pied était œdémateux par suite de l'interruption de la circulation dans les parties supérieures.

A la face interne du tibia, presque à égale distance de l'articulation tibio-tarsienne et du genou, il y avait une tache plus sensible au toucher que tous les autres points de la jambe. Ce fut là que je me déterminai à découvrir l'os. J'y fis donc une large incision de quatre pouces parallèle à la longueur du tibia, et le pus s'échappa de dessous le périoste. Enlevant alors avec l'éponge le sang et la matière purulente, je fis à l'os, à un pouce de chacun des angles de l'incision des parties molles, une double perforation qui donna immédiatement issue à du pus.

Rien ne saurait être plus satisfaisant que le résultat de cette opération. Toute douleur disparut en moins d'une heure, il ne resta de l'inflammation que ce qu'il en fallait pour amener la guérison; il n'y eut aucune exfoliation; des granulations de bonne nature recouvrirent l'os et le malade fut guéri en peu de semaines.

Obs. III. — Le 5 mai 1837, je fus appelé pour voir le fils de Styles Fox de Westfield, âgé de 7 ans; cet enfant, dont le père était très-pauvre, avait été sans souliers depuis le moment de la fonte des neiges et le jour qui précéda le début de maladie, il avait été dans l'eau froide jusqu'aux genoux pendant quatre heures de suite. La maladie avait été fort mal soignée par ses parents, et sept jours s'étaient écoulés à l'époque où je vis l'enfant. Je le trouvai dans une véritable agonie; la fièvre symptomatique était très-considérable; le pouls extrêmement rapide, dur et petit. La jambe gauche était gonflée depuis le genou jusqu'aux orteils, très-rouge et extrêmement douloureuse. Le plus léger attouchement, le moindre mouvement, arrachaient des cris. La mère m'apprit que le lendemain du jour où son fils avait ete si longtemps dans l'eau, il avait été pris d'une violente douleur dans le pied et le coude-pied, et que la nuit suivante il était survenu une fièvre violente. Je trouvai le point central de l'inflammation à environ trois pouces au-dessus de la malléole interne, et je crus percevoir de la fluctuation dans cet endroit. Sans retarder, je fis une large incision d'environ quatre pouces jusqu'au tibia; et comme je m'y attendais, je vis le pus s'échapper en assez grande quantité de dessous le périoste. Alors je perforai l'os comme dans les cas précédents et du pus s'écoula par la perforation que je venais de faire. Deux jours après, je fis une autre incision à la partie supérieure du tibia que je perforai également. Ce pauvre enfant tomba dans un grand état de prostration d'où on le tira à grand'peine au moyen de fortes doses d'eau-de-vie, de quinquina et de teinture d'opium; l'os s'exfolia dans une certaine étendue; mais j'ai la conviction que toute autre méthode de traitement n'aurait pu lui sauver la vie, pour ne rien dire de sa jambe. Maintenant il est guéri et a une jambe en bon état.

Obs. IV. — Ce cas arriva chez le frère du précédent malade; ce petit garçon, âgé de deux ans et demi, avait été envoyé hors de la maison à cause de la maladie de son frère. Quand il revint, j'appris que trois jours auparavant il avait été pris d'une forte douleur dans le pied et à la partie inférieure de la jambe. Je trouvai le pied fort gonflé et la partie externe du coude-pied fort enflammée. A environ deux pouces au-dessus et au niveau du péroné, je trouvai une tache fort sensible sur laquelle j'incisai jusqu'à l'os que je perforai ensuite en deux endroits. Cet enfant guérit fort bien.

Observation d'une chute du rectum maintenue réduite à l'aide d'une boule de liége.

La chute du rectum, ou, pour parler plus exactement, de la membrane interne du rectum, rare chez les adultes, moins rare chez les vieillards, est plus fréquente chez les enfants. La réduction en est généralement facile, et nous ne pensons pas que, même chez un adulte, cette opération exige plus d'une heure ou deux, à moins que des circonstances particulières ne compliquent l'accident; mais ce qui est très-difficile dans certains cas, c'est de maintenir l'intestin réduit.

Quand cette incommodité est ancienne, on emploie d'ordinaire, pour soutenir l'intestin, différents bandages parmi lesquels le plus efficace est celui de Boyer. Il consiste en deux bretelles ordinaires à l'extrémité antérieure desquelles on attache une bande ou courroie qui, passant entre les cuisses, pour aller se fixer à leur extrémité postérieure, soutient contre l'anus une pelote adoptée à cet effet. Mais il arrive parfois que tous les bandages sont insuffisants et que le chirurgien est obligé d'en venir à l'excision ou à la cautérisation. Quand cette incommodité est récente, la guérison en est facile, pourvu qu'on puisse remplir les trois indications suivantes : réduire la membrane muqueuse, la maintenir réduite, combattre les causes de l'accident. Ces trois indications, nous venons d'être appelé à les remplir auprès d'un adulte atteint du renversement dont il s'agit. La réduction a été facile; mais pendant que les moyens propres à combattre la nature du mal étaient mis en usage, aucun de ceux employés d'habitude n'a été capable de maintenir la membrane réduite, ainsi qu'on va le voir dans l'observation ci-jointe.

Obs. 1.—M. Penin (rue des Capucins, n. 17), apprêteur, âgé environ de trente-cinq ans; homme d'une santé florissante, se livre à des courses forcées durant la journée du dimanche 5 juin 1836; jamais, disait-il, il ne s'était autant promené que ce jour-là; aussi rentré chez lui d'assez bonne heure, il se jette

sur son lit et s'endort. Reveillé à minuit par le besoin d'aller à la garde-robe, l'excrétion des matières fécales est immédiatement suivie d'un renversement de la membrane interne du rectum. Au rapport de l'enin, le renversement était d'abord médiocre ainsi que la douleur qui l'accompagnait; mais peu à peu l'un et l'autre augmentèrent de telle sorte, qu'à six heures du matin le malade poussait des gémissements et présentait à l'anus un bourrelet saillant long d'un pouce et demi et d'un volume proportionné. La teinte violacée du bourrelet était un indice de l'urgence de sa réduction. Nous y procédâmes sur-le-champ, et au bout d'une heure et demie tout était à sa place; le malade ne souffrait plus. Nous prescrivîmes des demi lavements émollients froids, des bains de siége de même nature, l'emploi d'une pommade astringente et la diète la plus sévère. Trois heures s'étaient écoulées depuis notre départ, lorsqu'on vint nous avertir que tout était ressorti et que le malade souffrait comme ci-devant; retourné près de lui, l'intestin fut de nouveau réduit, et cette fois nous appliquâmes contre l'anus des tampons de charpie ainsi que le bandage en T. double, conseillés par tous les auteurs. Mais quelques heures après, l'insuffisance de cet appareil était manifeste; il fallut procéder à une troisième réduction. En demeurant quelques instants auprès du malade, nous nous aperçûmes que la tendance de la membrane à s'échapper au dehors était telle, qu'il ne fallait rien moins que des tentatives continuelles de réduction pour s'opposer à sa sortie. Ce qui nous convainquit de l'insuffisance de toute espèce de moyen contentif, c'était la difficulté qu'il y avait de maintenir l'intestin au-dessus du sphincter. La membrane interne du rectum engorgée et boursouflée, tendant sans cesse à s'engager au travers de l'ouverture anale nécessitait de la part de nos doigts, une combinaison d'efforts dirigés en sens contraire, efforts méthodiques que n'aurait pu remplacer la résistance toute passive d'un appareil quelconque. Le cas était embarrassant, car il fallait ou ne pas quitter le malade, ou placer près de lui une garde assez intelligente pour continuer les efforts de réduction. Mais soit que cette manœuvre parût trop fatigante, soit qu'on ignorât le temps qu'elle pourrait durer, personne ne consentait à s'y assujettir. Ce fut alors que nous tentâmes l'emploi du moyen suivant :

Un morceau de liége du volume d'une grosse noix fut arrondi avec un canif et passé à la flamme d'une bougie afin d'en bien unir la surface, à l'instar de ces globules dont se servent les prestidigitateurs. Cette boule ainsi préparée et trempée dans la pommade astringente, fut introduite dans l'anus et poussée jusqu'au-dessus du sphincter; des tampons de charpie furent appliqués comme auparavant et maintenus avec l'appareil à bretelles de Boyer. Depuis ce moment la membrane interne du rectum est demeurée réduite. Ce ne fut que trente heures après que le malade, pressé de besoin d'aller du ventre, nous pria d'enlever l'appareil et de retirer la boule à l'aide d'un fil que nous avions eu la précaution d'y attacher. Le renversement n'a plus eu lieu, et la guérison a été prompte.

En réfléchissant sur l'action mécanique de ce morceau de liége, on comprend facilement que, par son volume, il tenait écartées les parois du rectum et s'opposait par là même à leur renversement. En second lieu, étant d'une grosseur proportionnée à la dilatation forcée du sphincter de l'anus, cette boule avait besoin d'une puissance expulsive supérieure, pour vaincre la résistance de ce même sphincter; tandis que si elle eût été plus petite, poussée qu'elle était par l'intestin, elle eût franchi sans obstacle l'ouverture de l'anus. De plus, nous observerons que dans la chute du rectum, la portion de la membrane intestinale qui est engagée au travers du sphincter étant poussée peu à peu au dehors facilite l'engagement de la portion supérieure, et que cette disposition est un obstacle au maintien de la réduction. Le morceau de liége par sa présence paralyse ce mécanisme.

Concluons de ce fait que la guérison de notre malade a été puissamment secondée par l'emploi de ce moyen. Assurément, la médication émolliente et astringente en diminuant l'irritation et l'engorgement portés sur le rectum, diminuait aussi la force expulsive de la membrane qui aurait fini par céder à la résistance du sphincter; mais ce résultat demandait plusieurs jours de traitement; et durant ce temps-là, l'intestin ne pouvait être maintenu réduit par aucun des moyens connus.

GERVAIS, D. M. à Lyon.

JOURN. DES CONNAISS. MÉD. — Fév. 1839.

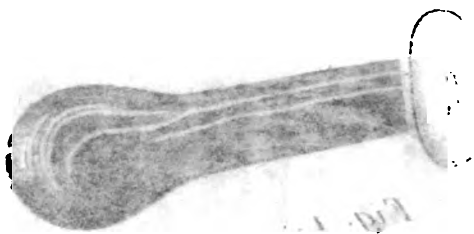
Opération pratiquée par M. RÉCAMIER *pour la cure radicale d'une hydropisie enkystée de l'ovaire* (1). (Observation recueillie et rédigée par M. FAUVEL, interne à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. RÉCAMIER.)

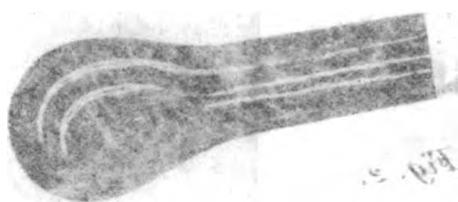
Avec figures.

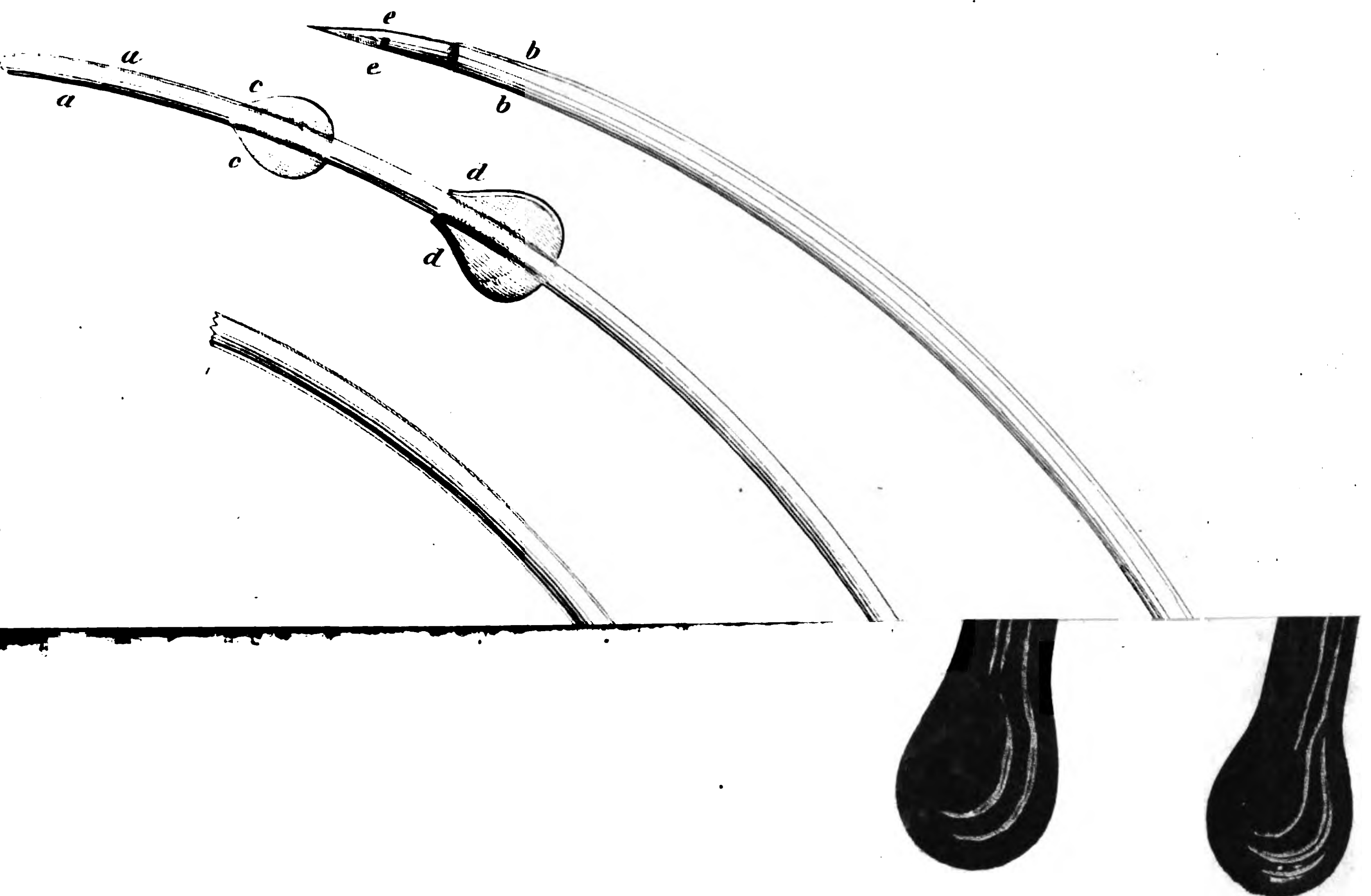
Kyste uniloculaire de la trompe utérine gauche, opéré par une ponction pénétrant par la ligne blanche et venant ressortir à la partie supérieure du vagin en passant derrière l'utérus.

Angélique Vincent, âgée de 26 ans, ravaudeuse,

(1) Cette opération, aussi hardie qu'ingénieuse, fixera l'at


Fig. 1.


Fig. 2.


a
a
c
c
d
d
e
e
b
b

entre à l'Hôtel-Dieu le 3 juillet 1838. Cette femme, d'une constitution saine et assez vigoureuse, a été bien réglée depuis l'âge de 13 ans jusqu'à l'époque actuelle.

Antécédents. — A 19 ans, couche à terme; six mois plus tard, fausse couche probable; six mois encore après ce dernier accident, douleurs abdominales survenues subitement sans cause appréciable; les règles apparurent abondamment et la malade garda le lit plusieurs jours.

Début et marche de la maladie. — Au bout de six semaines cette femme s'aperçut qu'elle avait dans le côté droit du bas-ventre une tumeur grosse comme le poing, indolente, tellement mobile qu'elle pouvait la faire rouler avec la main. Un an après, cette tumeur était assez volumineuse pour ne pouvoir plus être déplacée.

L'abdomen augmenta lentement de volume pendant 5 ou 6 ans (il avait alors la saillie d'une grossesse de quatre mois); puis son accroissement suivit une marche plus rapide.

État de la malade avant l'opération. — Huit ans se sont écoulés depuis la première apparition de la tumeur, et la malade est dans l'état suivant. Abdomen plus volumineux que dans une grossesse à terme, dépassant en saillie la poitrine, repoussant en dehors les fausses côtes, et descendant inférieurement jusqu'à la partie supérieure des cuisses.

Il est lisse, tendu, rénitent, uniformément développé, sans bosselures.

La percussion donne une matité complète dans toute son étendue, si ce n'est à la région épigastrique, où existe un son tympanique dû à la présence des intestins; fluctuation dans tous les sens.

Les parois ne sont pas infiltrées, on ne voit pas de veines dilatées sous la peau.

Jamais la malade n'a éprouvé de douleurs dans le ventre.

Les règles ont continué à paraître comme auparavant, et même, du 15 au 20 juillet, elles sont venues.

Depuis six ans, cette femme a l'habitude de rendre tous les six mois par l'anus environ un pot de nuit plein de sang pur, sans symptômes précurseurs et sans autre accident qu'une grande faiblesse.

Diagnostic. Kyste uniloculaire de l'ovaire droit. — Le lundi, 23 juillet, la malade se trouvant dans de bonnes conditions, l'opération suivante, ayant pour but d'ouvrir le kyste par sa partie inférieure à travers le vagin, est pratiquée en présence de MM. Marjolin, Nacquart, Cruveilhier, Guersent père et fils, Chomel, et d'un grand nombre d'autres médecins et d'élèves.

On retire neuf litres de sérosité incolore. (*Voir* ci-après la description de l'opération par M. Récamier).

Immédiatement après l'opération, un bandage compressif a été appliqué sur l'abdomen, et les douleurs que la malade ressentait ont cessé de suite.

A trois heures après-midi, un bain d'une heure et demie a été donné. Quand la malade en est sortie, elle se trouvait parfaitement bien. Le bandage mouillé fut remplacé. Un peu de liquide sanguinolent s'était écoulé par le vagin. Apyrexie complète.

Vers huit heures du soir, des douleurs très-vives, précédées d'un petit frisson, se sont fait sentir dans l'abdomen, à l'hypogastre.

Une saignée de trois palettes fut pratiquée et l'on appliqua sur le bas-ventre 30 sangsues; on avait eu la précaution de ne pas enlever le bandage compressif.

Le 24 juillet, le mardi matin la malade est soulagée; les douleurs ont presque entièrement cessé; la peau est sans chaleur fébrile; le pouls à 80.

Le toucher par le vagin, aidé du palper de l'abdomen, fait reconnaître que le kyste ne contient plus de liquide, et que l'ouverture pratiquée en arrière et à droite du museau de tanche est béante, et laisse couler la sérosité à mesure qu'elle se produit.

(On maintient le bandage; bain, bouillon.)

Le 25 juillet, de temps en temps, quelques petites coliques à l'hypogastre; écoulement séreux par le vagin; abdomen souple; apyrexie; le pouls est à 60; miction facile; constipation depuis plusieurs jours.

(Bandage; lavement; soupe.)

Le 26 juillet, hier au soir quelques douleurs dans le côté gauche de l'hypogastre; léger mouvement fébrile.

On donne un bain prolongé de trois heures, et ce matin les douleurs ont disparu, le pouls est à 70.

Sitôt qu'on enlève le bandage, les douleurs se reproduisent, et la malade éprouve des défaillances. Du reste, le ventre est souple et l'on ne peut apprécier l'existence d'aucune tumeur.

(Même prescription.)

Le 27 juillet, abdomen indolent et souple. Un peu

tention du monde médical comme pouvant ouvrir une nouvelle voie à la thérapeutique dans le traitement d'une maladie regardée à peu près généralement comme incurable. C'est pourquoi nous nous empressons de publier ce fait important de clinique, avec tous les détails de l'observation, recueillie par M. Fauvel sous les yeux de M. Récamier, qui a bien voulu y ajouter quelques réflexions pratiques, et décrire lui-même son opération, telle qu'il l'a conçue et exécutée à l'Hôtel-Dieu de Paris, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves. Une planche lithographiée, représentant fidèlement, dans leurs formes et dimensions, les instruments qui ont servi à cette opération, aura le double avantage de faciliter l'intelligence de la description, et d'éviter de longs tâtonnements aux chirurgiens qui voudraient faire construire loin de Paris des instruments semblables pour tenter la même opération. (N. R.)

de sérosité rougeâtre s'écoule par le vagin. Insomnie; apyrexie.

(Même prescription. Une pilule d'un grain d'opium pour le soir.)

Le 28 juillet, absence de douleur dans l'abdomen, si ce n'est à une très-forte pression sur l'hypogastre. Pas de chaleur fébrile; pouls régulier, 60 pulsations.

(Même prescription.)

Dans la journée, la malade, dont le caractère est très-irascible, s'est levée et assise sur une chaise; elle dormait un peu, lorsqu'elle fut réveillée brusquement, ce qui fut la cause d'une colère violente....

Apparition des accidents. — Le 28 juillet, en se recouchant, léger frisson; vers quatre heures, la peau est chaude, le pouls à 90; mais le ventre est encore indolent. Plus tard, des douleurs très-vives se sont développées à l'hypogastre, spécialement vers le côté droit; partant de ce point, elles s'irradient dans tout l'abdomen. Ces douleurs ont été assez violentes pour arracher des plaintes à la malade; en même temps des nausées et quelques efforts de vomissements ont eu lieu.

A minuit, les douleurs sont un peu calmées; mais la pression, même légère, les reproduit à l'hypogastre.

La peau est chaude, sans sécheresse; le pouls petit, serré, dur, dépasse 100 pulsations.

(30 sangsues à l'hypogastre sans enlever le bandage; cataplasme, bain prolongé vers le matin.)

Le 29 juillet, la malade est restée trois heures dans le bain; lorsqu'elle en sort, le pouls est petit, irrégulier (90); les douleurs dans l'abdomen existent encore, mais à un degré moindre; il n'y a pas de ballonnement, ni de tumeur appréciable; un peu de liquide s'est écoulé par le vagin.

La constipation persiste malgré les lavements.

(Une pilule d'un grain de calomel toutes les deux heures; lavements; le bandage est réappliqué.)

Peu de temps après, des nausées surviennent et la malade éprouve des défaillances qui donnent de l'inquiétude; le pouls devient d'une faiblesse extrême, la face pâlit, les yeux se ferment, la peau se refroidit et la malade ne répond plus.

On la place horizontalement, des sinapismes sont appliqués aux extrémités et de l'eau fraîche est projetée sur la face. Sous l'influence de ces moyens, la demi-syncope disparaît.

Dans la journée, ces phénomènes se sont reproduits plusieurs fois, et l'on a administré avec succès, pour les combattre, une goutte d'essence de menthe dans un demi-verre d'eau sucrée.

Le 30 juillet, hier au soir et pendant la nuit, les douleurs ont reparu plus intenses; la malade a eu des nausées et des vomissements bilieux.

Ce matin, le facies exprime la souffrance; il n'y a plus de tendance à la syncope. Le pouls est petit, serré (92).

Hypogastre douloureux, moins souple, plus développé; il ne s'est plus écoulé de liquide par le vagin.

Trois selles liquides, très-fétides, miction facile.

(25 sangsues à l'hypogastre; cataplasme.)

Le 31 juillet, les sangsues ont donné beaucoup de sang et n'ont pas produit de défaillances.

Pouls à 92, petit.

Même état du reste.

(Cataplasme; 4 ventouses sèches aux cuisses; lavement; bouillon coupé.)

1er août, des efforts de vomissements ont eu lieu pendant la nuit, et ce matin quelques défaillances, pour lesquelles on a administré l'eau de menthe.

Depuis hier soir l'abdomen a considérablement augmenté de volume, il donne un son tympanique et est moins douloureux à la pression.

En palpant profondément, on sent dans le bassin une tumeur inappréciable hier.

(Limonade citrique; cataplasme; un bain tiède prolongé.)

Le 2 août, encore des vomissements et des défaillances.

Abdomen plus ballonné que la veille; douleur vive à droite de l'ombilic, s'étendant jusqu'à la fosse iliaque. Le météorisme et la douleur empêchent de percevoir la tumeur. Pas d'écoulement par le vagin; pouls petit, faible, (116); 4 ou 5 selles liquides; le facies présente plus d'altération que les jours précédents.

(Pour boisson, de l'eau; deux bains prolongés; cataplasme sur le ventre; bouillon.)

Le 3 août, ce matin, en sortant du bain, d'après la malade, il s'est écoulé un peu de liquide par le vagin.

Exploration par le vagin. — M. Récamier pratique le toucher et s'assure que l'ouverture pratiquée est presqu'entièrement oblitérée; alors il essaie avec une sonde de rétablir une communication avec le kyste.

Après plusieurs tentatives, une sonde de femme pénètre, et il s'écoule de suite quatre à cinq cuillerées de liquide limpide et incolore.

Les autres symptômes sont les mêmes.

(Même prescription; bain prolongé.)

Le 4 août, abdomen toujours ballonné; vomissements bilieux; deux selles liquides, verdâtres, très-abondantes; pouls petit, faible, fréquent.

Règles. — Dans la nuit les règles ont paru.

(Même prescription, moins de bain.)

Le 10 août, le sang a continué à couler par le vagin pendant quatre jours, mais en petite quantité; le liquide séreux n'a pas reparu.

Du reste la malade est dans le même état; le pouls conserve de la fréquence; les vomissements bilieux

se renouvellent tous les jours; l'abdomen est ballonné, moins douloureux à la pression.

Hémorrhagie intestinale. — Le 12 et le 13 août, évacuation par l'anus d'une quantité de sang pur que la malade évalue à plusieurs verres. Cet écoulement n'a pas été précédé ni accompagné de douleur; le sang sortait abondamment.

Évacuation abondante de matières fétides, coïncidant avec la diminution du ventre. — Le 15 août, cette nuit, après avoir éprouvé des coliques assez vives, la malade a rendu par le rectum, en huit ou dix fois, plusieurs grands bassins d'un liquide jaune verdâtre très-fétide; ce matin le ventre est moins volumineux, il est plus souple; pas de réaction fébrile; état général satisfaisant.

Du 16 au 19 août, la malade a continué à rendre par les selles, en moins grande quantité, un liquide verdâtre fétide, et en outre elle a eu quelques garde-robes solides. L'abdomen a considérablement diminué de volume, au point qu'il est dans le même état qu'aussitôt après l'opération; il est indolent, sa souplesse permet de constater qu'il n'existe pas de tumeur.

Apyrexie; sommeil; la malade demande à manger.

(Un bandage lacé compressif a été réappliqué. On a prescrit le quart de la portion.)

Angine pseudo-membraneuse. — Le 20 août, légère douleur à la gorge, qui gêne la déglutition, sans autres symptômes.

(Gargarisme simple; quart de portion.)

Le 21 août, le pouls a pris de la fréquence (90), la peau est chaude.

La douleur de gorge a augmenté au point de rendre toute espèce de déglutition très-pénible.

M. Récamier examine la gorge, et reconnaît sur les amygdales, le voile du palais et la partie postérieure du pharynx, des plaques blanchâtres, de nature pseudo-membraneuse.

Il touche immédiatement ces parties avec du nitrate acide de mercure, au moyen d'une longue pince portant un petit bourdonnet de charpie imbibée du caustique et pressée pour la dessécher.

(Gargarisme; lait; diète.)

Le 22 août, diminution notable de la douleur de gorge et de la gêne dans la déglutition; la voix n'est pas altérée; aucune gêne dans la respiration.

Légère fréquence du pouls.

Abdomen indolent; douze ou quinze selles liquides peu abondantes, sans ténesme depuis hier matin, quelques-unes contenant des traces de sang.

(Riz gommé sucré; décoction blanche; gargarisme; lait.)

Le 23 et 24 août, même état; affaiblissement; plusieurs garde-robes liquides par jour : deux d'entre elles contenaient du sang pur, dont la malade évalue la quantité à un verre.

(Même prescription.)

Le 25 et 26 août, des pellicules blanchâtres commencent à se détacher de la gorge, qui n'est plus douloureuse; mais le pouls reste fréquent et misérable; la malade vomit tout ce qu'elle boit, en même temps que des matières bilieuses; elle a une diarrhée abondante, verdâtre, et s'affaiblit beaucoup; elle demande à quitter l'hôpital.

Le 27 août, jour de la sortie, l'état général est loin d'être satisfaisant. Hier, dans la journée, la malade a eu une défaillance qui a duré plus d'un quart d'heure, et le soir elle a encore rendu une petite quantité de sang pur dans une garde-robe. Grande faiblesse ce matin; quelques vomissements.

Pouls (102), petit, faible, pas de chaleur fébrile à la peau.

Les pellicules blanchâtres sont en partie détachées au pharynx, et laissent voir une surface rosée. Déglutition très-facile.

Abdomen aplati, souple, toujours maintenu avec un bandage lacé. La main plonge dans le bassin avec facilité; on ne peut y constater la présence d'aucune tumeur.

La malade ne peut marcher; on l'emporte sur un brancard.

Depuis sa sortie de l'hôpital elle a été souvent visitée à son domicile et le même régime a été maintenu, sa position, loin de s'améliorer, a été en s'aggravant : la faiblesse et le marasme ont fait des progrès rapides.

Les vomissements ont persisté, et, malgré les astringents et les narcotiques employés convenablement, la malade a conservé une diarrhée abondante, fétide, quelquefois sanguinolente.

Tous les jours des défaillances ont eu lieu avec menace de mort; on administrait alors avec succès pour ranimer la malade quelques cuillerées d'eau de menthe. Le pouls très-faible conservait une grande fréquence.

Bientôt une toux opiniâtre avec gêne dans la respiration vint se joindre à ces symptômes. Enfin la malade ayant demandé à revenir à l'Hôtel-Dieu, y rentra le 8 septembre 1838, dans le dernier degré de marasme, vomissant toutes les boissons et ne pouvant garder les lavements laudanisés.

Les symptômes thoraciques annonçaient une pneumonie que l'extrême faiblesse de la malade ne permettait pas de constater par l'auscultation; l'abdomen médiocrement distendu, sonore, peu douloureux, était le siége d'un fort gargouillement. Cet état persiste pendant deux ou trois jours avec des défaillances continuelles que l'on combat par l'essence de menthe.

Le 11, la respiration devient stertoreuse et la malade meurt le 12 septembre vers 2 heures après-midi.

Nécropsie, 24 heures après la mort.

Marasme très-prononcé.

Abdomen. — En incisant les parois abdominales on trouve des adhérences très-fortes sur la ligne médiane à partir de l'ombilic jusqu'à la partie inférieure; ces adhérences occupent toute la largeur des muscles droits. Sur les parties latérales, les anses intestinales sont libres.

Péritoine. — Le péritoine est lisse, sans fausses membranes ni injection morbide. On constate seulement la présence d'un verre environ de sérosité limpide incolore.

Poche ou cavité purulente. — En détachant la paroi abdominale sur la ligne médiane, on pénètre dans une cavité remplie de gaz fétides et contenant à peu près huit onces d'une bouillie purulente, grisâtre, avec de petits flocons blancs, friables.

Cette poche est assez grande pour contenir un litre au moins de liquide; elle a une forme globuleuse;

Enveloppée extérieurement par le péritoine, elle se comporte de la manière suivante avec les organes voisins:

Rapports de cette poche purulente avec les organes voisins. — En haut, elle remonte jusqu'à l'ombilic où sa paroi très-mince adhère avec le grand épiploon qui contribue à la fortifier. Elle offre aussi quelques brides fibro-celluleuses lâches qui l'unissent aux anses intestinales.

En avant, elle est adhérente par sa surface séreuse au péritoine pariétal jusque vers la vessie. Arrivée là, elle plonge entre cet organe et l'utérus.

En cet endroit les surfaces séreuses ne sont pas complétement adhérentes; mais de fortes brides celluleuses unissent la tumeur au sommet, à la face postérieure de la vessie et à tout le bord supérieur de la matrice: c'est là surtout que ces brides sont épaisses et présentent un pouce ou un demi-pouce de longueur.

Parvenue à ce point, la poche passe au-dessus de l'utérus, envoie des brides assez fortes au péritoine qui recouvre le rectum; et même le cul-de-sac recto-vaginal, bien que lisse et non enflammé, offre quelques prolongements fibro-celluleux dans son étendue. Puis, la tumeur remonte en avant du rectum envoyant des adhérences celluleuses au mésentère et formant une espèce de canal fibreux pour le passage de la fin de l'intestin grêle.

Enfin elle vient rejoindre la partie supérieure.

Latéralement, on constate les rapports suivants:

A droite la tumeur est fortement accolée au colon ascendant, puis elle adhère au cœcum à l'aide de brides qui laissent entre elles des espaces lisses où le péritoine est intact.

Plus bas, dans le petit bassin, elle envoie quelques adhérences au ligament large, à l'ovaire et à la trompe.

Du côté gauche les adhérences sont moins fortes; quelques brides se rendent à l'S iliaque, qui passe derrière la tumeur pour former le rectum; mais de ce côté elle est intimement unie à l'ovaire et à la trompe. Ces rapports étant déterminés on enlève avec soin la tumeur en masse, les organes génitaux et le gros intestin, afin de déterminer le siége et la structure intime de cette poche purulente, et de voir comment se comportent relativement à elles tous ces différents organes.

Description de la poche. — Après avoir débarrassé la cavité purulente de la bouillie blanchâtre et fétide qu'elle renfermait, on aperçoit dans son intérieur, à sa partie la plus déclive, une autre poche blanche plissée sur elle-même, dont la surface externe inégale est couverte de pseudo-membranes à l'aide desquelles elle adhère dans une certaine étendue, mais surtout inférieurement et latéralement, avec les parois de la cavité purulente. Ces adhérences sont faibles, et il est possible de la séparer complétement et de l'enlever.

Cette poche ainsi isolée, et rendue à ses dimensions propres, a une capacité au moins égale à celle de la cavité dans laquelle elle était contenue. Elle est fermée de toutes parts et renferme un demi-verre environ de sérosité incolore et transparente.

Sa surface interne est lisse, d'un blanc mat, nacré en certains points, et présente en quelques parties un aspect mamelonné, avec un peu d'infiltration séreuse dans l'épaisseur des parois.

Ces dernières ont une structure fibreuse, une épaisseur très-peu considérable, et sont tellement amincies à la partie supérieure qu'elles se déchirent avec facilité.

Examen des parois. — En examinant alors les parois de la cavité purulente on trouve à l'intérieur une surface rugueuse d'un gris noirâtre, hérissée d'aspérités sous toutes formes, offrant des replis flottants ou des mamelons, et présentant en plusieurs points l'aspect de la langue de certains animaux carnassiers. On peut en raclant enlever des lambeaux pseudo-membraneux.

Ouverture de communication entre la poche purulente et le colon ascendant. — Dans la partie correspondant à l'adhérence avec le colon ascendant il existe une ouverture arrondie de quelques lignes de diamètre, établissant une communication entre l'intestin et la cavité purulente.

Les parois de cette dernière, très-minces supérieurement, se laissent déchirer avec facilité et semblent constituées par le péritoine seul renforcé par le grand épiploon qui vient y adhérer; mais à mesure qu'on descend dans tous les sens, elles deviennent fibreuses et acquièrent insensiblement une

très-grande épaisseur dans les parties déclives, à tel point qu'à l'endroit où la trompe gauche vient s'y perdre elles ont 5 lignes, et dans toute la région inférieure 3 à 4 lignes.

Elles sont constituées par un tissu blanc, brillant, formé de fibres entrecroisées disposées par plans parallèles, de telle sorte qu'on peut dédoubler la poche et en former plusieurs. Des vaisseaux artériels et veineux d'un assez fort calibre serpentent dans toute l'épaisseur.

En dehors, la surface est séreuse, entrecoupée par les adhérences dont nous avons déjà parlé.

Organes génitaux. — L'examen des organes génitaux donne les résultats suivants :

Le vagin dans toute sa longueur ne présente rien de remarquable, sa muqueuse est rosée sans injection ni ramollissement.

Le museau de tanche est bilabié; il offre un orifice transverse de huit lignes d'étendue. La lèvre postérieure est plus volumineuse que l'antérieure. En arrière de la lèvre postérieure, un peu à droite, on voit une cicatrice linéaire noirâtre ayant six lignes d'étendue et complétement fermée.

Il est impossible de faire pénétrer un petit stylet.

Cicatrice. — Cette cicatrice ne s'étend pas à plus de deux lignes de profondeur, et la dissection la plus attentive ne fait découvrir aucune trace qui puisse indiquer la route qu'a suivie l'instrument pour parvenir dans le kyste.

Utérus. — L'utérus a un volume ordinaire. Son tissu est ferme et d'un blanc rosé.

Sa surface interne est pâle, et la cavité contient un peu de mucosité transparente.

Trompe gauche. — Le côté gauche de l'utérus est fortement uni aux parois de la tumeur par l'intermédiaire de la trompe et de l'ovaire de ce côté.

On ouvre avec soin le canal de la trompe *gauche* en partant de l'utérus. Son calibre, d'abord capillaire, s'élargit un peu, et après un trajet de deux pouces environ, il pénètre dans l'épaisseur des parois fibreuses du sac purulent. Là, on peut le suivre encore pendant un pouce, après quoi on n'en trouve plus de traces, il se perd insensiblement. Des artères et des veines d'un gros calibre l'accompagnent et vont se ramifier dans l'épaisseur des parois.

Ovaire gauche. — L'ovaire gauche, fortement aplati, offre une surface libre appliquée sur l'utérus et envoyant quelques brides fibro-celluleuses au péritoine qui revêt le rectum.

Mais par sa partie antérieure et supérieure, il adhère intimement au sac fibreux, et son tissu se confond avec le sien, sans qu'il soit possible de tracer de limite.

On trouve dans son intérieur une petite cavité du volume d'un gros pois remplie de sang.

Son tissu est spongieux, parcouru par de nombreux vaisseaux artériels et veineux.

Les vaisseaux ovariques sont très-dilatés, ils se distribuent dans les parois du sac fibreux. Plusieurs veines ont le calibre d'une petite plume à écrire.

Trompe droite. — En suivant le canal de la trompe droite, on arrive, après un trajet d'un pouce 1/2, dans une cavité allongée du volume d'une noix, à parois lisses, anfractueuses, comparables à celles d'une veine variqueuse. Cette cavité renferme un caillot noirâtre avec de la sérosité sanguinolente.

On ne peut trouver d'autre orifice que celui du canal capillaire qui mène à l'utérus.

La trompe ainsi convertie en une poche remplie de sang adhère postérieurement par sa surface externe avec le péritoine qui tapisse le rectum, et en bas avec l'ovaire, sans présenter le pavillon libre. Les parois sont très-vasculaires.

Ovaire droit. — L'ovaire droit, situé au-dessous de la trompe, a le volume d'une petite noix; sa surface sillonnée ressemble assez bien aux circonvolutions cérébrales. Il adhère en haut avec la trompe; en bas avec le ligament large. Sa face postérieure est entièrement libre et regarde le rectum.

Son tissu est le même que celui de l'ovaire opposé.

Il résulte de là que les connexions de la poche fibreuse avec la trompe et l'ovaire du côté droit sont faibles, et n'ont lieu qu'au moyen de quelques adhérences fibro-celluleuses.

Canal alimentaire. — La bouche et le pharynx n'offrent pas de traces de fausses membranes. La muqueuse est un peu injectée, sans ramollissement ni ulcérations.

L'œsophage n'offre rien de remarquable.

L'estomac, d'un volume ordinaire, contient un peu de liquide jaunâtre; sa surface interne est lisse, d'un blanc grisâtre avec des stries rouges sur la grande courbure.

La muqueuse n'est pas notablement ramollie.

Tout l'intestin grêle est généralement d'un blanc rosé, sans offrir de points ramollis ou ulcérés.

Le cœcum renferme une assez grande quantité d'une matière fétide, jaune-verdâtre, demi-liquide, avec des flocons blancs et quelques grumeaux friables.

Ses parois ont une couleur rosée plus foncée que dans l'intestin grêle. La muqueuse s'y déchire avec plus de facilité. On ne voit pas d'ulcération.

Colon ascendant. — Le colon ascendant, qui adhère aux parois de la cavité par son côté interne, est distendu par des gaz, et renferme à l'intérieur la même matière que le cœcum.

Sa surface interne est d'un rouge plus prononcé encore que celle du cœcum. La muqueuse est boursoufflée et se déchire par une faible traction. Son épaisseur est au moins augmentée d'un tiers, ce qui est dû à une légère infiltration séreuse.

A la réunion des deux tiers inférieurs de cet intestin avec le tiers supérieur, on voit au fond d'une lacune une *ouverture* à peu près arrondie, assez large pour laisser pénétrer le petit doigt, et qui fait communiquer l'intestin avec la cavité purulente. Les bords de cette ouverture sont lisses et non ulcérés. La muqueuse qui l'avoisine est rouge et boursoufflée plus que partout ailleurs, dans l'étendue d'un demi pouce en tous sens. Elle est molle, et se déchire facilement.

Les colons transverse et descendant sont légèrement dilatés par des gaz et par cette matière; mais ils ne présentent pas d'ulcération.

A mesure qu'on s'éloigne du colon ascendant, la muqueuse est de moins en moins injectée, et même à la fin du colon descendant, elle offre seulement une teinte rosée. Sa consistance est plus ferme.

L'*S* iliaque et la partie supérieure du rectum ne renferment pas de gaz, et offrent le même aspect que le colon descendant.

Rectum. — Dans les quatre derniers pouces du rectum et au pourtour de l'anus, la muqueuse est rouge et parsemée de tumeurs hémorrhoïdales tuméfiées, spongieuses, très-vasculaires, mais non ulcérées.

Le foie, la rate et les reins, n'ont rien présenté de remarquable. La vessie, très-petite, pourrait à peine contenir un œuf de poule. Du reste, ses parois ne sont pas altérées.

Thorax. — Quelques cuillerées de sérosité rougeâtre dans chaque plèvre. Le poumon droit légèrement emphysémateux est engoué à la partie déclive sans avoir perdu de sa consistance. Le poumon gauche offre les mêmes caractères que le précédent; mais le lobe inférieur est le siége d'une pneumonie au premier et au deuxième degré. Le tissu est grenu, friable, rougeâtre, ou bien ailleurs gorgé de liquide.

Le péricarde est sain; le cœur a un volume ordinaire, son tissu a une bonne consistance; les orifices ne sont pas altérés.

Crâne. — La dure-mère et les autres membranes n'offrent rien de remarquable.

Une quantité médiocre de sérosité existe sous l'arachnoïde et dans les ventricules.

Le cerveau et le cervelet ont une consistance mollasse; ils ne présentent pas, du reste, d'altération appréciable.

Résumé.

Ainsi, on trouve dans l'abdomen une cavité purulente à parois épaisses et fibreuses, placée en dehors du péritoine qui la tapisse extérieurement.

Cette cavité communique avec le colon ascendant, et renferme dans son intérieur une autre poche, mince, flétrie, revenue sur elle-même et adhérente en quelques points seulement.

C'est le kyste primitif vidé par l'opération, et qui ne contient plus qu'une petite quantité de sérosité limpide.

La structure compliquée et l'épaisseur des parois de la cavité purulente ne permettant pas de penser qu'elles soient de nouvelle formation, il est rationnel d'admettre qu'elles doublaient le kyste et lui étaient complétement adhérentes; mais une vive inflammation étant survenue dans le tissu cellulaire qui séparait le kyste proprement dit de son enveloppe fibreuse, la sécrétion purulente l'a disséqué peu à peu pour se former en collection, et plus tard s'est fait jour dans le gros intestin.

L'examen cadavérique a démontré que la maladie n'était pas, à proprement parler, une hydropisie de l'ovaire.

Tout porte à croire que le kyste s'est développé dans la trompe gauche.

En effet, cette dernière, après un assez court trajet, va se rendre à la tumeur, et son tissu s'y confond avec celui des parois de la cavité. Il semble que cette dernière n'est autre chose que le pavillon dilaté de la trompe.

Cette explication acquiert de la valeur par l'inspection de la trompe du côté droit où l'on trouve une cavité fermée à parois lisses renfermant un caillot de sang et de la sérosité. Ne serait-ce pas la même maladie à l'état rudimentaire?

De ce côté, on ne trouve pas non plus de pavillon.

D'autres raisons encore qu'il serait trop long d'énumérer viennent corroborer cette opinion.

Quant à l'ovaire gauche, il adhère intimement à la tumeur, il est déformé, aplati; mais cependant il a le même volume que celui du côté opposé qui est intact, et sa structure est la même.

Addition complémentaire, et description de l'opération; par M. Récamier.

L'observation précédente, recueillie par M. Fauvel, interne à l'Hôtel-Dieu, fait suite à différentes recherches sur le traitement des hydropisies enkystées. Nous savions, par les mémoires de l'Académie royale de chirurgie, que Ledran avait ouvert le kyste par les parois abdominales, et que des malades avaient guéri. Nous savions que, lorsque les kystes, même purulents, s'ouvrent dans l'intestin, les malades guérissent généralement, et nous l'avions vu. De mon côté, j'avais vu guérir les malades dont le kyste accessible par le vagin, en arrière de l'utérus, avait pu être ouvert par cette voie. De nouveaux cas avaient réveillé mon attention sur cet objet, lorsque le sujet de l'observation précédente fut envoyé dans les salles dont je suis chargé. Je reconnus un kyste uniloculaire parfaitement caractérisé, représentant à peu près une grossesse à huit mois; je ne pus at-

teindre la fluctuation par le vagin, ni par le rectum, quoiqu'elle fût distincte dans tous les sens au-dessus du pubis. Cette personne étant dans la force de l'âge, il y avait un grand intérêt à lui rendre la faculté de se livrer au travail.

Après les plus sérieuses réflexions, voici le procédé auquel je m'arrêtai :

Afin de rendre l'ouverture praticable par le vagin en arrière de l'utérus, le jour ayant été convenu, et en présence des confrères indiqués par M. Fauvel, la malade étant couchée sur le dos, et moi placé à sa droite :

1° Je plongeai le trois-quarts, fig. I, dans le kyste, par la ligne blanche, et je le vidai aux quatre cinquièmes du liquide qu'il contenait.

2° Cela fait, je replaçai la lame du trois-quarts dans sa canule, mais sans l'enfoncer jusqu'au fond, et je fixai l'instrument de la main gauche près des parois abdominales, en dirigeant l'extrémité de la canule vers la région correspondante au cul-de-sac du péritoine derrière l'utérus.

3° Je portai l'index et le médius de la main droite dans le vagin, et plaçai leur extrémité derrière le col utérin que je ramenai en avant en portant les deux doigts le plus profondément possible, afin de remonter le cul-de-sac vaginal vers celui du péritoine avec lequel il s'adosse souvent.

4° L'utérus fixé de cette manière, je cherchai l'extrémité des deux doigts introduits dans le vagin avec la canule fig. I, que je tenais de la main gauche, et dont l'extrémité désarmée *b b*, fig. I, tomba aussitôt entre mes deux doigts, dont je ne la sentis séparée que par une épaisseur égale à celle du kyste, du péritoine et du vagin.

5° Après avoir itérativement, et par conséquent parfaitement constaté qu'aucun organe ne s'était interposé entre le kyste et le cul-de-sac post-utérin du péritoine, je priai M. Guersent fils, qui avait bien voulu me servir d'aide, de pousser tout doucement la lame du trois-quarts, dont la pointe *e e*, fig. I, passa aussitôt dans le vagin, derrière l'utérus, entre mes deux doigts, que je cherchais à écarter afin de n'être pas piqué.

6° La pointe du trois-quarts logée entre mes deux doigts comme dans une gouttière, je la conduisis hors de la vulve en faisant glisser l'instrument, qui représente, comme on peut le voir à la planche ci-jointe, un quart de cercle parfait.

7° Alors je retirai la lame, et j'engageai dans l'extrémité de la canule *b b*, fig. I et fig. III, l'extrémité d'un autre instrument *a a*, fig. II, et je fis remonter dans le vagin les deux instruments qui, réunis comme on le voit, fig. III, représentaient un demi-cercle.

8° Lorsque la lame, masquée par la châsse mobile *d d* de l'instrument représenté fig. II, fut arrivée contre le cul-de-sac du vagin, les tranchants tournés à droite et à gauche, je démasquai la lame *c c*, et, continuant de remonter l'instrument, il pénétra dans la cavité abdominale, après avoir certainement divisé de chaque côté le cul-de-sac vaginal et péritonéal correspondant.

9° Alors, après avoir renfermé dans sa châsse *d d*, fig. II et fig. III, la lame de l'instrument *c c*, fig. II, je ramenai à la vulve l'extrémité *b b* de la canule représentée fig. I, dont je séparai l'autre canule, fig. II, qui devenait inutile.

10° Aussitôt, j'adaptai sur l'extrémité *b b*, fig. I, de la canule, qui me servit de conducteur, une canule de gomme élastique que je conduisis par l'ouverture inférieure, pour la faire pénétrer dans le sac où mon dessein était de la laisser, afin de conserver inférieurement pendant un temps convenable une communication avec l'intérieur du kyste ; mais je ne pus y parvenir, et je m'aperçus aussitôt, au défaut d'écoulement du reste du liquide que j'avais laissé dans le kyste afin que ses parois résistassent au tranchant de l'instrument *c c*, fig. II, et pussent être plus facilement coupées, je m'aperçus, dis-je, que la paroi inférieure du kyste avait fui devant la lame *c c* de l'instrument sans être ouverte, comme j'en avais eu le dessein. Je fus confirmé dans cette opinion par les douleurs que causait la présence de la sonde de gomme élastique qui, n'ayant pu pénétrer dans le sac, se trouvait en contact avec le péritoine ; alors, ne voulant rien entreprendre de plus ce jour-là, je retirai les deux instruments, c'est-à-dire la canule du trois-quarts, fig. I, et la sonde de gomme élastique.

11° Je plaçai un bandage de corps après avoir garni le ventre pour remplacer le liquide évacué ; les douleurs cessèrent aussitôt, et la compression du ventre fut très-bien soutenue.

12° Malgré la défectuosité de l'ouverture inférieure du kyste, il s'écoula parfois un peu de sérosité par le vagin, mais point en proportion avec la quantité de liquide que j'avais laissée ; je renvoie, du reste, aux détails de l'observation.

Remarques.—1° Les douleurs survenues à la fin de l'opération par le contact de la sonde de gomme élastique cessèrent aussitôt qu'elle fut retirée.

2° Aucun symptôme inflammatoire ne se montra du lundi au samedi soir, époque où ils furent annoncés par des douleurs survenues à l'occasion d'un réveil en sursaut et d'un accès de colère.

3° Il est certain que, au moment de l'opération, le palper du ventre détendu ne permit, ni à M. Guersent fils, ni à moi, de reconnaître aucune masse dans le fond du kyste.

4° L'extrémité des doigts de ma main gauche tenant l'instrument, fig. I, et plongeant dans le bassin, n'était séparée des deux doigts de la main droite que j'avais dans le vagin, derrière l'utérus, que par la

petite épaisseur des parois abdominales, du kyste, du péritoine et du cul-de-sac du vagin, de manière que j'opérai, en ce qui dépendait de moi, avec autant de sécurité que si les organes eussent été à découvert. Il faut donc absolument que j'en conclue que la masse qui a été trouvée à l'autopsie est un produit inflammatoire consécutif.

5° A la manière dont les accidents consécutifs se sont comportés, il me paraît certain que, si le sac eût été convenablement ouvert inférieurement, la malade avait les plus grandes chances d'une guérison facile; je crois donc devoir appeler l'attention sur le procédé que j'emploierais, si j'avais à reproduire cette opération.

Au lieu du trois-quarts rond, fig. I, j'emploierais un trois-quarts aplati et courbé sur son plat en quart de cercle, exactement comme la fig. I : la ponction étant faite entre l'ombilic et le pubis, je viderais le kyste. Alors je replacerais la lame de l'instrument sans faire saillir la pointe aplatie et tranchante des deux côtés; je porterais deux doigts derrière le col utérin; je chercherais avec l'extrémité de la canule le cul-de-sac du péritoine, et les doigts toujours placés dans le vagin; puis, je ferais sortir tout doucement la lame, avec le tranchant de laquelle j'inciserais transversalement, et de haut en bas, le kyste sur sa partie inférieure, le péritoine derrière l'utérus et la partie supérieure du vagin, dans l'étendue d'environ huit lignes chacun.

Je ferais alors passer l'instrument dans le vagin, et, si je ne trouvais pas l'ouverture du kyste suffisante, j'examinerais s'il ne serait pas facile de l'agrandir avec un bistouri boutonné, courbe sur le plat, conduit sur la canule du trois-quarts; j'examinerais l'opportunité de placer une sonde de gomme élastique, et la facilité de le faire; je tiendrais le ventre comprimé par un bandage de corps et un coussinet.

Tel est le procédé que je substituerais à celui que j'ai employé, le cas de le mettre en pratique échéant.

6° Le volume des kystes ovariques m'a empêché de leur appliquer le procédé que j'ai employé, comme on sait, depuis longtemps avec succès dans les kystes hydatiques : il consiste à ouvrir le kyste avec la potasse appliquée à diverses reprises, de manière à produire l'adhérence du péritoine avec le kyste avant d'ouvrir ce dernier; de cette manière, on peut le remplir facilement avec de l'eau, qui suffit pour faire cesser en même temps et l'odeur que prend le pus lorsque l'air atmosphérique pénètre dans les cavités des kystes en suppuration, et les effets de la résorption du pus devenu fétide. L'expérience montrera si ce procédé sera applicable, avec succès, au traitement des kystes uniloculaires qu'on ne pourra ouvrir par le bas.

7° Lorsque, après avoir vidé un kyste ovarique uniloculaire par une ponction sur la ligne blanche, on constatera qu'il est libre dans l'abdomen, pourra-t-on tenter le procédé de Ledran en agrandissant l'ouverture sur la canule? Ou bien, si on le trouve libre, pourra-t-on en tenter l'ablation en le tirant peu à peu au-dehors, et faisant la torsion des vaisseaux de son pédicule à mesure qu'on les coupera? Si on réfléchit que dans la plupart des kystes *uniloculaires* le pédicule est très-mince, on s'effraiera peut-être moins d'une ablation, qui, dit-on, a été faite avec succès en Angleterre.

REVUE MÉDICALE. — Février 1839.

HOPITAUX AMÉRICAINS.

Leçon sur les remèdes dits antispasmodiques; par M. ROBLEY DUNGLISON, professeur de thérapeutique et de matière médicale à l'université de Maryland.

On pourrait placer, peut-être avec raison, dans la catégorie des révulsifs les remèdes dits communément antispasmodiques. Telle n'est pas, je le sais bien, l'opinion générale : une grande dissidence règne au contraire à ce sujet parmi les écrivains de matière médicale. Murray les range, avec les narcotiques, parmi les stimulants diffusibles. Thompson, au contraire, les compte au nombre des substances qui diminuent la vitalité après l'avoir élevée dans leur première réaction.

On donne communément le nom d'antispasmodiques aux substances qui diminuent ou enlèvent les contractions irrégulières des muscles. Dans sa pharmacologie, Paris affirme (page 78) qu'il existe des médicaments qui jouissent de la vertu spécifique de contrôler l'action spasmodique, quelle que soit d'ailleurs la cause qui la produise : de ce nombre, dit-il, sont l'assa-fœtida, le galbanum, le musc, le castoréum, l'ammoniac, la valériane, etc. Il ajoute néanmoins que, considérée sous un point de vue plus général, la classe des antispasmodiques empiète sur celle des narcotiques et des toniques, car le spasme peut dépendre d'états fort opposés de l'organisme; tels sont, d'un côté, par exemple, les spasmes dépendant de l'irritation excessive occasionnée par la dentition, certaines blessures, les vers intestinaux, etc., dans lesquels l'opium réussit, comme on sait, le plus souvent; de l'autre, les spasmes asthéniques qui dépendants d'une faiblesse générale, et que les stimulants aromatiques ou l'usage prolongé des toniques parviennent à dissiper.

Je ne crois pas que dans l'état actuel de nos connaissances, les thérapeutistes soient assez sceptiques, pour nier que nous possédons réellement des re-

mèdes antispasmodiques, jouissant d'une action propre sur la fibre musculaire, alors qu'elle est contractée spasmodiquement; mais quels sont-ils ces remèdes spécifiques? Nous serions certes fort embarrassés de les nommer directement. Les antispasmodiques effectivement ne sont que des agents indirects, capables, il est vrai, de calmer les contractions ou l'agitation érectile de la fibre musculaire; mais leur action se passe toujours sur d'autres parties du système nerveux que sur celle qui anime cette même fibre. Afin de nous faire mieux comprendre à ce sujet, livrons-nous à quelques considérations sur le spasme.

Les Grecs ont adapté le nom *Spasmus* à toute espèce de convulsion. Plusieurs nosologistes modernes ont aussi rangé les convulsions au nombre des spasmes. Généralement cependant on ne donne de nos jours le nom de spasme qu'aux contractions involontaires, surtout des muscles soumis à l'empire de la volonté. Les spasmes ont été divisés en *toniques* lorsque la rigidité musculaire est permanente comme dans la crampe, par exemple; et en *cloniques* lorsque les contractions sont alternatives avec le relâchement, ainsi que cela s'observe dans les convulsions des enfants.

Il est reçu aujourd'hui parmi les physiologistes, que la fibre musculaire, comme tout autre tissu primitif du corps, est douée d'une propriété qu'on appelle excitabilité, c'est-à-dire propriété susceptible d'être mise en action par un stimulus, et de réagir à son tour sur le stimulus lui-même. Cette force innée (*vis insita*) exige donc pour réagir une stimulation; c'est alors que la fibre se contracte. Dans les muscles volontaires, la fibre est animée des nerfs de l'axe cérébro-spinal qui lui transmettent le principe de la contractilité. Lorsqu'un mouvement a lieu dans le biceps-brachial, par exemple, comme quand on veut relever un poids du sol avec la main, l'acte de la volition est exécuté sous l'influence de la portion de l'axe cérébro-spinal qui fournit les nerfs à l'extrémité supérieure, et ce qu'il y a de plus remarquable dans cet acte, c'est que l'influence s'exerce précisément sur tel muscle plutôt que sur tel autre du membre en action. Ainsi le muscle répond immédiatement, et se contracte sous la stimulation déterminée par la volonté.

Supposons maintenant qu'une irritation existe dans l'axe cérébro-spinal, ou dans quelque partie d'un nerf qui se distribue à un muscle; il est clair que cette irritation doit produire précisément le même effet que l'action de la volonté, et le muscle peut, en conséquence, se contracter d'une manière soit permanente, soit intermittente. Aussi pouvons-nous dire que dans tous les cas le spasme est un phénomène nerveux. Les remèdes par conséquent qui peuvent le combattre doivent agir sur une partie du système du même nom, et non pas sur la fibre musculaire directement; ces remèdes ne peuvent exercer le moindre contrôle sur les muscles eux-mêmes.

Les thérapeutistes qui admettent les antispasmodiques *directs* trouvent des difficultés inextricables pour expliquer leur nature. Un écrivain des plus modernes, le professeur A.-T. Thomson, dans ses Éléments de Mat. méd. et thér., v. 1, p. 606, après s'être livré à un fort prolixe et peu concluant examen sur l'action précise des antispasmodiques, se demande si ces remèdes sont stimulants ou sédatifs; et il leur accorde plutôt cette dernière prérogative; car s'il est vrai, dit-il, que l'action irrégulière ou désordonnée qu'ils apaisent ou dissipent est la conséquence d'une irritation soit mentale, soit corporelle, en combattant le spasme ces agents diminuent la susceptibilité des extrémités nerveuses à être impressionnées, ce qui peut être appelé pouvoir sédatif.

Ce phénomène, cependant, peut être regardé comme un effet immédiat ou consécutif de la stimulation primitive du médicament; effectivement, quelques-unes des substances regardées comme antispasmodiques directes stimulent le système général et accélèrent le pouls dans les premiers moments, puis cet état est suivi d'une sorte de collapsus; c'est ce qu'on observe après l'administration des narcotiques, par exemple. Le même mode d'action s'observe après l'usage des antispasmodiques qui opèrent exclusivement sur les nerfs moteurs; ils agissent sur ces nerfs comme les narcotiques sur les nerfs des sensations.

Sans m'arrêter davantage sur les hypothèses relatives au *modus operandi* des antispasmodiques et aux parties sur lesquelles ils agissent, je ferai observer que toutes les difficultés s'évanouissent quand nous arrivons aux antispasmodiques dits directs, car ceux-ci ne sont que des révulsifs, agissant seulement par la nouvelle impression qu'ils produisent sur les nerfs du goût ou gastriques, impression qui, se transmettant à tout le système, révulsionne, pour ainsi dire, l'irritation qui était la cause du spasme. Voyons, en effet, quelles sont les substances qu'on appelle antispasmodiques directes? le musc, le castoreum, l'huile de Dippel, l'huile d'ambre, la valériane, l'assa-fœtida, le galbanum, le bitume, les éthers, etc. Or, toutes ces substances appartiennent à la classe des excitants, et plusieurs d'entre elles ont une action propre sur les nerfs du goût et de l'olfaction.

Quant aux antispasmodiques indirects, le docteur Thomson les divise en matériels, comprenant les toniques et les narcotiques, et en moraux (mental), tels que la peur, la distraction, etc.

Il est bien étonnant, cependant, que cet auteur ait oublié de mentionner la saignée au nombre de ces remèdes, puisque, d'après sa propre remarque,

si les effets des antispasmodiques sont perceptibles immédiatement après leur administration, cela tient au collapsus qu'elles occasionnent. C'est ainsi, effectivement, qu'en produisant la syncope, une forte saignée enlève, affaiblit ou suspend les convulsions qui accompagnent une méningite, etc.

Une des plus grandes difficultés, cependant, dans l'usage des antispasmodiques, consiste souvent dans le diagnostic sur la nature des convulsions, c'est-à-dire à déterminer si elles dépendent d'une inflammation, d'une congestion sanguine, d'un épuisement, ou bien d'un excès d'irritabilité du système nerveux.

Dans les cas les plus extraordinaires, lorsque le spasme ne dépend point d'une suraction des vaisseaux, tout remède qui a une action quelconque sur le système nerveux peut être regardé comme antispasmodique. Les narcotiques produisent cet effet en diminuant l'impressionnabilité sur le système nerveux. Les agents nauséabonds produisent le même effet en agissant sur les nerfs olfactifs et du goût, ou bien sur les nerfs gastriques s'ils sont excitants en même temps. Les excitants et les toniques simples opèrent sur les mêmes nerfs et sur tout le système général. Rien, en vérité, n'éclaircit davantage le *modus operandi* de ces médicaments que l'examen de ceux que le docteur Thomson a nommés narcotiques moraux, la peur et l'abstraction. Il cite, à ce sujet, un exemple remarquable : Un enfant était habituellement atteint de toux croupale; on lui fit peur en le menaçant de lui appliquer un large vésicatoire sur la poitrine qu'on lui avait montré sans l'appliquer; la toux se dissipa sur-le-champ. Boerhaave assure avoir guéri une épilepsie en montrant au malade, au moment où l'accès devait revenir, un fer incandescent avec la menace de le lui fourrer dans la gorge s'il se laissait surprendre par le mal. Ce même moyen a été, plus tard, préconisé également, mais appliqué comme caustique sur les extrémités inférieures. Dans son ouvrage sur la peste, la dysenterie et l'ophthalmie, Louis Frank recommande que les sujets dysentériques soient liés des mains et des pieds et tenus par les infirmiers, en attendant que « chirurgus cum ferro candenti figuram coni habenti, » coram ægroto compareret, et id versus anum diri- » geret, quasi id ano introdere vellet. »

Tous ces moyens qui agissent par la peur peuvent être considérés comme des révulsifs; chaque émotion de l'âme, en effet, est, dans ce cas, un véritable antispasmodique. L'abstraction, quelle qu'elle soit, de même que la distraction, agit également comme antispasmodique, en révulsionnant la maladie. Lorsque Caton, le censeur, réduisait les luxations, à ce qu'il prétendait, à l'aide de certains mots mystiques, il ne faisait autre chose que distraire l'attention du malade, et prévenir par là le spasme musculaire; il exerçait en même temps, avec les mains, quelques légères manœuvres sur l'articulation lésée, et la réduction avait lieu. Le même moyen, la distraction de l'attention, est employé de nos jours dans la réduction des luxations, bien que sans paroles mystérieuses : tout le secret consiste à révulsionner l'influence nerveuse qui se portait sur les muscles. C'est précisément d'une manière analogue que les magnétiseurs opèrent leurs cures merveilleuses, et que le changement d'air, de société, de la manière de vivre, etc., produisent de si bons effets dans les maladies nerveuses. J'ai été appelé, il y a quelque temps, pour un monsieur qui se tordait sur son lit depuis plusieurs heures, se plaignant de douleurs atroces dans les intestins, et se croyant atteint d'entérite. Après l'avoir examiné, je me suis moqué de sa crainte et de ses grimaces; ma moquerie a produit une telle révulsion dans son esprit, que la colique ou le spasme intestinal s'est dissipé sur-le-champ. L'imagination et les nerfs peuvent éprouver des souffrances à loisir, pour ainsi dire; plusieurs individus, en lisant quelques cas de maladie, se croient affectés du même mal.

Lorsque, par conséquent, l'attention peut être dirigée sur un point, on peut être certain de concentrer l'afflux nerveux sur ce même point; si ce point est autre que celui de la douleur ou du spasme, on opère de la sorte une véritable révulsion. Ce but peut être accompli, soit à l'aide de la distraction ou réflexion, soit en agissant sur tout le système nerveux; soit en affectant quelques nerfs éloignés de l'endroit malade.

J'ai déjà dit que je ne regardais pas comme tels les antispasmodiques dits *directs*; car ils n'agissent que par l'impression qu'ils produisent sur les nerfs des deux sens indiqués, et par leur propriété stimulante; ces effets sont dus principalement à des principes particuliers qui existent dans des médicaments, tels que les résines animales, les huiles empyreumatiques ou volatiles, les gommes, les résines, le bitume, etc. On m'a objecté qu'il n'était pas exact d'attribuer à l'action du remède sur les nerfs des sens les effets de ces agents, puisqu'en administrant l'*assa-fœtida* par le rectum on produit le même effet, sans pourtant agir sur les nerfs olfactifs et du goût. Le fait est vrai en lui-même, mais l'explication rentre tout à fait dans les considérations que je viens d'émettre; le remède agit ici comme excitant par son principe gommo-résineux. Si vous administrez effectivement par la même voie un autre excitant quelconque qui ne soit pas regardé comme antispasmodique, vous produirez le même effet. En excitant les nerfs du rectum on produit une dérivation sur ce point; l'innervation morbide est en conséquence déplacée, et le malade est soulagé. J'ai souvent administré, comme antispasmodique, l'huile de térébenthine en lavement, et j'en ai obtenu de très-bons

effets, et pourtant je ne reconnais à ce remède d'autre propriété que celle de stimuler comme plusieurs autres substances.

Pour démontrer davantage le peu de confiance qu'on doit avoir sur les prétendus antispasmodiques directs, nous n'avons qu'à jeter un coup-d'œil sur leur action dans les différentes maladies où on les emploie. Prenons le tétanos, par exemple, qui est au nombre des spasmes toniques. Aucune autre maladie ne devrait plus sentir les effets salutaires des antispasmodiques directs, et pourtant elle est le plus souvent sourde à l'influence de ces moyens; le mal réside dans les grands centres nerveux, et il est malheureusement irrémédiable en général. Combien de malades, atteints de convulsions toniques, a-t-on guéri par le musc, l'assa-fœtida, le castoréum? Leur nombre est bien minime. Si les antispasmodiques dits directs n'ont pas de prise sur la maladie, il en est autrement des antispasmodiques indirects, tels que les narcotiques, et en particulier l'opium par exemple.

Il est vraiment étonnant de voir les doses énormes d'opium que l'organisme peut supporter dans ces cas, sans éprouver de narcotisme. On connaît des exemples où cette substance a été administrée impunément à la dose de 15 à 20 grains toutes les trois heures. Il est remarquable que dans l'espèce de dérangement des centres nerveux qui constitue le tétanos, les narcotiques ne produisent pas les mêmes effets qu'en état de santé; je dirai plus, ils n'ont aucune action quelquefois. La même remarque est applicable aux autres maladies dont la nature consiste dans une grande exaltation de la sensibilité des centres nerveux.

Un cas de tétanos algide, c'est-à-dire produit par le froid, que j'ai eu l'occasion de soigner, éclaircira le mode d'action des antispasmodiques.

Un jeune homme se baigna à la rivière, son corps étant en transpiration; il se sentit indisposé en sortant; quelques heures après il fut pris de tétanos sous la forme d'opisthotonos. Je l'ai mis à l'usage des narcotiques, sans résultat avantageux. Ses parents l'ont placé dans un ruisseau qui passait devant sa porte, et lui couvrirent petit à petit tout le corps d'eau froide; les convulsions devinrent d'abord plus violentes, mais un instant après elles commencèrent à céder; on continua le même moyen, et le malade guérit. Cette médication a agi probablement à la manière des antispasmodiques en général; savoir, en produisant une nouvelle impression sur le système nerveux, par le choc qu'occasionnait chaque seau d'eau froide qu'on jetait sur son corps; choc dont la répétition a fini par rompre, pour ainsi dire, la chaîne des innervations vicieuses qui partaient des centres nerveux. N'est-ce pas là une véritable révulsion?

La chorée est une autre maladie dans laquelle les antispasmodiques directs sembleraient bien indiqués; pourtant ils ne sont que rarement employés. Cette affection paraît dépendre d'une sorte de mobilité extrême du système nerveux, principalement de la partie de ce système qui se distribue aux muscles volontaires, et d'une sorte d'asthénie des nerfs ganglionnaires. Aussi les toniques et les purgatifs sont-ils employés avec avantage dans ces cas; et ils deviennent par conséquent des antispasmodiques *indirects*.

L'épilepsie peut, comme on sait, dépendre de plusieurs causes; son traitement par conséquent doit varier selon la nature de ces mêmes causes. Dans la majorité des cas cependant, dans cette maladie comme dans toute autre affection périodique, une impression profonde sur le système nerveux est capable de prévenir le paroxysme. Ce but préventif excepté, les antispasmodiques directs ne trouvent pas d'application contre cette affection. C'est dans ces circonstances que les antispasmodiques moraux ont été souvent employés. Tout agent effectivement qui excite ou produit une nouvelle et puissante impression sur le système nerveux, comme un révulsif quelconque, par exemple, peut produire les mêmes effets. Le plus communément chaque attaque d'épilepsie est suivie d'une grande débilité dans le système nerveux; aussi les toniques, surtout les toniques métalliques, sont-ils employés avec avantage.

L'asthme est également regardé comme une maladie nerveuse. Offrant en général des caractères spasmodiques, cette affection a été considérée comme le résultat d'une innervation morbide des branches du pneumo-gastrique qui se distribuent aux tubes bronchiques. Elle paraît cependant être due quelquefois à une sorte de paralysie de ces mêmes nerfs. De là les différentes médications qu'on a souvent opposées à cette affection d'après les idées qu'on s'était formé sur sa nature. En général, cependant, ce sont les narcotiques qui ont le mieux réussi, soit à soulager, soit à guérir ces sortes de sujets. L'opium a été administré à forte dose, de même que la *lobelia inflata*. On a donné le stramonium à fumer, et les malades s'en sont bien trouvés. Rarement cependant, pour ne pas dire jamais, on emploie les antispasmodiques directs, quoique d'après la nature des attaques subites de la maladie ces remèdes semblassent bien indiqués. Cela tient à ce que les antispasmodiques directs sont complétement éclipsés par les indirects.

La toux croupale ou la coqueluche constitue une maladie qui offre de l'analogie avec la précédente; son siége principal est dans les filets du nerf pneumo-gastrique. Lorsque Nasse froissait ou pinçait un de ces nerfs sur les animaux vivants, de manière à le désorganiser, il provoquait à l'instant une toux con-

vulsive comme dans la coqueluche. Malgré le caractère éminemment convulsif de cette maladie, ce sont cependant les remèdes antispasmodiques indirects qui ont prévalu dans son traitement, et nullement les directs. Ce sont effectivement les narcotiques, principalement la belladone, qui sont généralement employés, et presque jamais le musc, le castoreum, l'assa-fœtida, etc.

Dans la colique nerveuse, dans les gastrodynies, les deux classes de remèdes antispasmodiques ont souvent réussi par suite de leur action stimulante. J'ai vu souvent dans ces cas les gommes-résines, l'assa-fœtida, etc., donnés en petites doses, dissiper promptement la colique. J'ai souvent aussi employé avec avantage ces remèdes contre les flatulences.

Il n'y a seulement que l'hystérisme contre lequel les antispasmodiques directs sont parfois employés encore de nos jours. Le siége de cette affection est dans l'axe cérébro-spinal : ses symptômes sont nombreux et variés. On compte à peine un seul tronc nerveux, ou une ramification nerveuse qui ne participe plus ou moins à la maladie. En général, l'éréthisme nerveux est concentré dans l'axe cérébro-spinal ; c'est de là qu'émanent les différentes irradiations sur toute l'économie. Le but du praticien consiste, dans ce cas, à révulsionner l'irritation d'un point dans un autre : aussi a-t-il recours aux remèdes nauséabonds combinés ou non avec les excitants, tels que l'*assa-fœtida*, la valériane, le *dracontium*, le *spiritus ammoniacæ succinatus*, et tous les autres agents dits antiphlogistiques directs. Les considérations qui précèdent suffisent, je présume, pour prouver le peu de confiance qu'on doit avoir dans les antispasmodiques directs proprement dits (*antispasmodica vera*) : leur usage devient de plus en plus borné de nos jours, et ils sont avantageusement remplacés par la saignée, les purgatifs, les diaphorétiques, les narcotiques et les toniques : on ne peut tout au plus regarder les premiers que comme auxiliaires de ces derniers. On s'explique aisément cette immense révolution dans la manière d'envisager les remèdes en question, lorsqu'on se rappelle que les thérapeutistes modernes regardent moins aux convulsions qu'aux causes qui les produisent.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — Fév. 1839.

Mémoire sur l'état du sang dans les différentes maladies; **par M. le docteur A. RACIBORSKI, chef de clinique à l'hôpital de la Charité.**

A l'époque où les altérations des humeurs jouaient le rôle principal en pathologie et en thérapeutique, on parlait beaucoup des altérations du sang ; mais le plus souvent l'imagination des auteurs allait au-devant de l'observation et donnait pour certain ce qui était encore un problème. Cependant, si des médecins de l'école galénique, dans la fougue de leur imagination, et dans leur enthousiasme pour les idées de cette école, sont descendus dans d'immenses ténèbres où l'observation n'a plus rien à recueillir, il en est toujours résulté un aperçu que l'esprit des modernes a su retrouver dans les ruines de l'ancien humorisme, et l'a soumis à la sanction de l'observation et de l'expérience. C'est l'insuffisance du solidisme des siècles passés qui a forcé les modernes à revenir sur les opinions de l'ancien humorisme, pour se rendre compte de la nature des maladies, et qui a conduit Bichat à regarder tout solidisme ou humorisme exclusifs comme un *non-sens pathologique* (1).

Depuis cette époque, on a cessé de regarder comme hérétiques ceux qui admettaient des altérations des liquides, et on a avoué après l'examen sévère des faits « qu'à la suite de toute altération des solides, il doit y avoir altération du sang, de même qu'à la suite de toute modification du sang, il doit y avoir modification des solides (2). »

Cet aveu, qui n'est que l'induction logique des faits physiologiques, et surtout des phénomènes de la nutrition, fait supposer le double mode d'invasion dans les maladies, par le sang et par les solides ; la maladie ayant débuté par un de ces éléments de l'organisme envahit l'autre par une sorte de retentissement, ou plutôt par cette loi inviolable de réciprocité d'action et de réaction qui constitue la condition *sine qua non* de la vie, de la santé et de la maladie. Ainsi, dans une maladie quelconque, tant soit peu prononcée, l'organe qui paraît être affecté n'est pas le seul malade, l'économie entière se ressent du trouble de l'une de ses parties.

Ceux qui prétendent que les maladies débutent le plus souvent par les solides sont encore en plus grand nombre aujourd'hui ; mais parmi eux il n'y en a que très-peu qui veuillent expliquer tout ce qui se passe dans une maladie par des lésions plus ou moins combinées des organes. La doctrine pyréthologique, qui regardait toutes les fièvres essentielles d'autrefois comme une *gastro-entérite*, a été déjà à sa naissance attaquée avec plus ou moins de succès par les médecins de la nouvelle époque, et nous avons vu un des professeurs les plus distingués de notre école reconnaître dans la fièvre typhoïde un élément putride consistant dans une lésion générale du sang qu'il a cru devoir ajouter à l'entérite, regardée par Broussais, son maître, comme le synonyme de toute

---

(1) Anat. génér.

(2) Précis d'anat. pathol.; par M. Andral.

affection. D'un autre côté, il n'y a presque plus de médecins qui nient l'existence des maladies primitivement générales; les histoires du scorbut, des fièvres éruptives, du choléra, de la morve, enfin, dont on a eu récemment l'occasion d'observer des exemples chez l'homme, suffiraient pour convertir ceux qui, après tant de faits, auraient encore du courage à persister dans l'erreur, si les expériences directes, donnant lieu à ces altérations primitivement générales, ne leur ouvraient la voie à une conviction contraire.

En somme, il est démontré aujourd'hui que, soit primitivement, soit secondairement, le sang peut devenir malade; quelques-unes de ses altérations, facilement appréciables, sont autant de nouveaux symptômes que l'on a généralement négligés jusqu'à présent; et pourtant nous prions de croire qu'il ne s'agit pas ici seulement d'un symptôme de plus, pouvant jeter du jour sur le diagnostic d'une maladie; il s'agit de l'existence d'une véritable complication qui peut être grave. Peu nous importe si un pneumonique rend ou non des crachats rouillés; nous ne le traiterons pas différemment, lorsqu'une fois nous aurons reconnu chez lui la pneumonie; mais il n'en est pas de même de l'état du sang qui peut varier, l'étendue de l'affection pulmonaire tout en restant la même; chaque saignée peut fournir de nouvelles indications, selon que l'examen attentif y trouve ou non quelque complication importante.

Il suffit, selon nous, de connaître la possibilité de ces différentes complications du côté du sang, pour être en même temps convaincu de l'importance de leur étude. Il nous reste seulement à prouver jusqu'à quel point ces différents états du sang peuvent être l'objet de la séméiologie; c'est le problème que nous nous proposons de résoudre. Dès à présent, nous pouvons déclarer qu'il y a des états du sang tellement constants dans certaines maladies, que non-seulement ils peuvent fournir de nouvelles indications pour la thérapeutique, mais en même temps servir à éclairer le diagnostic dans les cas douteux.

Il n'est pas dans notre intention de nous occuper des altérations chimiques du sang. Malgré les progrès récents de la chimie organique, le flambeau de cette science n'a pas encore jeté de rayons assez forts sur l'analyse du sang à l'état normal, pour qu'on puisse espérer de parler bientôt chimiquement de ses altérations dans les maladies. Parmi les altérations physiques, je me réserve de parler de celles qui sont le plus appréciables, et qu'on rencontre sur le sang tiré par la veine et par les ventouses scarifiées.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de ce sujet n'ont examiné ordinairement que le sang tiré par la phlébotomie, et n'y envisageaient qu'un seul caractère, savoir la *couenne inflammatoire* : c'était un *criterium* d'après lequel on jugeait de la nature des maladies et des indications à prendre. Nous verrons par la suite que la couenne est un caractère infidèle, et que si l'on voulait classer les maladies d'après un tel système, il mériterait à peu près les mêmes reproches qu'on a faits à celui de Tournefort en botanique. En effet, des maladies très-différentes peuvent offrir également de la couenne, tandis qu'elle peut ou non se présenter dans des affections tout à fait identiques. Nous avons cherché d'autres caractères plus constants, et nous croyons les avoir trouvés dans la force d'attraction qui s'exerce entre les molécules du sang.

A l'état normal, les globules du sang n'ont qu'un faible degré d'attraction pendant la vie, de manière que les effets de cette force sont assez facilement détruits par les effets d'une autre force qui met continuellement ce liquide en mouvement; mais une fois que le sang abandonnant l'économie cesse d'être sous l'influence des lois vitales, il obéit à une loi intérieure qui rapproche ses globules les uns des autres, et transforme le liquide, en apparence homogène, en deux parties bien distinctes l'une de l'autre: le *sérum* et le *caillot*. Le caillot est donc composé à l'état normal des globules de fibrine, qui se sont rapprochés les uns des autres, en entraînant avec eux leur enveloppe rouge de matière colorante et une certaine quantité de sérosité dont ils se sont emparés dans leur mouvement attractif. Ce qui vient d'être dit nous explique pourquoi le sang tiré de la veine d'une personne bien portante offre toujours peu de sérosité libre, pourquoi le caillot de la saignée présente dans cette circonstance un volume proportionnellement plus considérable et une consistance tellement modérée qu'il est rare de le voir supporter son poids ou résister à une pression médiocre du doigt.

L'inflammation modifie tous ces caractères en augmentant la *force d'attraction* entre les molécules du sang : les globules fibrineux qui, dans un caillot normal se tenaient encore à une certaine distance, séparés par de la sérosité et enveloppés de matière colorante, s'attirent avec beaucoup de force, abandonnent les parois du vase dans lequel le sang a été reçu, se dépouillent de leur matière colorante qui, spécifiquement plus pesante, va occuper la place la plus inférieure, et expriment la sérosité qui, devenue plus claire, augmente la quantité du sérum libre entourant le caillot de toute part comme une île.

Il résulte de là que la couche la plus élevée du caillot est composée de fibrine privée de matière colorante, et à laquelle on a donné le nom de *couenne*. Elle est forte et résistante dans les inflammations franches et intenses, et plus on s'éloigne d'elle en

examinant le caillot de haut en bas, plus le nombre de molécules fibrineuses diminue, et celui des molécules cruoriques augmente, de manière que tout à fait en bas on ne rencontre plus qu'une sorte de gelée noirâtre que l'on détache facilement de la couenne sus-jacente, et que la moindre pression des doigts écrase comme de la gelée de groseilles. L'augmentation de l'attraction entre les molécules du sang doit nécessairement influer sur le volume du caillot, qui est dans cette circonstance réellement plus petit qu'à l'état normal, plus ou moins rétracté, nageant au milieu d'une sérosité claire et abondante.

Lorsque, par une cause quelconque, la séparation des molécules fibrineuses de celles de la matière colorante a été empêchée, lorsque la couenne ne peut plus se former, le caillot n'en subit pas moins d'autres modifications que lui imprime toujours la même loi, savoir : l'augmentation de la force d'attraction entre les molécules du sang; son volume diminue alors comme dans le cas précédent, la sérosité exprimée de ses interstices augmente la quantité du sérum libre; mais la fibrine ne s'étant pas portée en proportion plus considérable à la surface du caillot se répartit uniformément dans toute son épaisseur. Il résulte de cette modification que le caillot n'offre plus alors la couche inférieure molle et noire que nous avons vue dans le cas précédent; mais qu'il est partout d'une bonne consistance, glutineux, se laissant soulever en totalité, même secouer sans qu'aucune portion s'en détache.

Entre ces deux degrés extrêmes, le sang inflammatoire en présente beaucoup d'autres intermédiaires; mais tous confirment la loi générale que nous avons établie sur l'augmentation de la force d'attraction entre les molécules fibrineuses; toutes les formes que le sang de la saignée peut prendre alors sont le résultat de cette loi, et l'épaisseur et la résistance de la couenne sont toujours en raison inverse de la consistance du caillot sous-jacent : ainsi, lorsque dans une pneumonie ou le rhumatisme articulaire aigu, nous ne voyons qu'une couenne mince à la surface du caillot, nous pouvons nous attendre à ne pas le trouver mou comme dans le cas précédent; en effet, une portion de fibrine qui devait s'ajouter à la couenne est restée dans le caillot, et lui donne plus de consistance et de glutinosité.

Quelquefois le caillot, sans être couvert de couenne, offre la surface d'un rouge rutilant; généralement on attribue cet aspect au contact de l'air, explication puérile qui ne tient pas compte de la teinte noire que présentent tant d'autres caillots, tout en se trouvant dans les mêmes circonstances. Cet aspect particulier du sang tient à ce que la fibrine s'y trouve en quantité plus considérable près de la surface du caillot que partout ailleurs; ainsi quoique ne pouvant pas se dépouiller complétement de la matière colorante, la fibrine n'obéit pas moins dans ce cas à la double force, celle de la pesanteur qui la porte vers la surface, et celle de l'attraction augmentée entre ses molécules qui donne de la fermeté à la couche la plus élevée du caillot.

Le sang des vaisseaux capillaires présente également dans les inflammations franches des caractères particuliers, aussi constants que ceux dont nous venons de parler, et imprimés toujours par la même loi. Souvent il suffit de jeter un coup d'œil sur le sang tiré par les ventouses pour reconnaître sa nature inflammatoire; on la distinguera facilement d'après l'aspect des rondelles qui sont alors bien fermées, rouges, fermes, et nagent dans une sérosité claire et abondante; lorsqu'on les soulève on apprécie encore mieux leur fermeté, et on ne les voit pas tacher les doigts avec la matière colorante. Si l'inflammation est plus intense, les petits caillots se réunissent en un seul dont l'aspect peut le faire prendre quelquefois pour celui d'une saignée; en effet, cette masse ainsi composée se laisse souvent soulever sans aucune rupture, ou si elle se sépare en deux ou trois portions, chacune d'elles conserve toujours la fermeté particulière à cette espèce du sang. Enfin, il y a des cas où les caillots des ventouses se couvrent d'une couenne plus ou moins étendue; c'est M. Bouillaud qui a le premier fixé son attention sur cette particularité; nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de ce genre dans le service de ce savant professeur; mais nous n'avons jamais vu la couenne occuper toute la surface des caillots, elle était toujours partielle.

L'état du sang, tel que nous venons de le décrire, se rencontre dans les inflammations tant soit peu intenses de tous nos organes; cependant les pleuro-pneumonies et le rhumatisme articulaire sont les affections dans lesquelles cet état est le plus prononcé; c'est là qu'on peut le mieux étudier les caractères que nous lui avons assignés.

Depuis que nous remplissons les fonctions de chef de clinique à l'hôpital de la Charité, nous avons reçu 30 pleuro-pneumonies dans le service; sur ce nombre, 4 ont succombé; mais un de ces malades était en même temps tuberculeux. Parmi ces 30 malades, il n'y en a pas eu un seul chez lequel les caractères du sang que nous venons de décrire eussent manqué. Chez trois de ces malades, la pleuro-pneumonie était accompagnée dès le commencement de stupeur et d'une grande prostration des forces, et cependant le sang a présenté les mêmes caractères que chez ceux qui ne présentaient aucun symptôme semblable, de manière que nous pouvons dire en règle générale que dans ces maladies, n'importe quelle soit leur expression (bilieuses, typhoïdes, adynamiques, etc.), le sang offre toujours les signes

irrécusables de l'augmentation de la force d'attraction entre les molécules fibrineuses. Cette règle s'est trouvée confirmée, même dans les cas où l'on pouvait mieux s'attendre à la trouver en défaut : dernièrement encore, nous avons reçu dans le service un malade atteint de fièvre typhoïde; son sang a présenté les caractères que l'on rencontre ordinairement dans cette affection; le malade allait mieux, on avait déjà suspendu les émissions sanguines, lorsque l'invasion de la toux et d'une grande gêne de la respiration fit soupçonner une affection des organes respiratoires; l'examen attentif de la poitrine permit facilement de reconnaître une pneumonie; on résolut de revenir sur l'emploi des émissions sanguines, et dès la première saignée le sang a fourni des signes incontestables de l'inflammation aussi prononcés que dans une inflammation primitive.

Les mêmes caractères se sont encore retrouvés sur le sang des quatre malades atteints de pleurésie aiguë.

Sur neuf cas de bronchite plus ou moins intense où l'on a jugé à propos de recourir aux émissions sanguines, le sang a offert encore des signes de l'inflammation; ils étaient plus ou moins prononcés selon l'intensité de la maladie. Dans une bronchite capillaire étendue, avec une fièvre assez forte, le sang ne différait pas de celui de la pleuro-pneumonie. Les bronchites moins intenses donnaient un caillot moins rétracté, couvert d'une couenne moins épaisse, ou n'en offraient que des traces, et la consistance du caillot était moindre.

Sur dix-neuf cas de rhumatisme articulaire aigu, nous avons rencontré chez dix-sept personnes les signes de l'inflammation du sang portée à un haut degré; trois fois nous avons remarqué de la couenne sur les rondelles des ventouses, dont la fermeté était d'ailleurs ordinairement au moins aussi prononcée que dans la pleuro-pneumonie. Les deux malades chez qui le sang n'a offert que des caillots sans couenne et de consistance moyenne, au lieu d'infirmer la loi, la confirment encore davantage; chez tous les deux, en effet, le rhumatisme était très-léger au moment de leur arrivée à l'hôpital, et il y avait très-peu de fièvre; or un mouvement fébrile assez fort et un certain degré d'intensité dans la maladie sont nécessaires pour que le sang présente les caractères de l'inflammation. Ainsi il nous est arrivé plus d'une fois de ne trouver à la fin du rhumatisme que de faibles traces de l'inflammation du sang chez des individus qui l'ont présentée au plus haut degré, lorsque le rhumatisme était dans toute son intensité. D'un autre côté, il n'est pas indispensable que l'affection occupe un grand nombre d'articulations pour donner lieu à l'inflammation du sang; nous avons eu l'occasion de voir une fois des signes très-prononcés de cette inflammation chez une malade, chez laquelle le rhumatisme s'est borné à un seul genou; mais la maladie était très-intense, et malgré le traitement énergique, on n'a pas pu empêcher l'enkylose.

Si nous passons maintenant à l'examen des affections dans lesquelles l'inflammation est ordinairement moins prononcée que dans celles que nous venons d'étudier jusqu'à présent, nous verrons que le sang présente également une diminution proportionnelle dans l'expression de ses caractères. Sur quatre malades atteints d'érysipèle de la face, un seul nous a offert le caillot rétracté couvert d'une forte couenne, ayant la face inférieure noire et molle comme de la gelée de groseille; le sang de deux autres malades a présenté à peine quelques vestiges de couenne, et sur celui du dernier, il n'y en avait pas même de trace; les caillots de toutes ces saignées, excepté celle du premier malade, étaient peu ou point rétractés; leur consistance bien médiocre; quelques-uns supportaient encore leur poids; d'autres se rompaient facilement tout en offrant une cassure nette.

Il en est à peu près de même des inflammations de la gorge : sur cinq malades atteints d'angine gutturale, nous n'en avons eu qu'un avec une inflammation bien intense; chez celui-ci le sang était un fidèle interprète de la maladie et a présenté les signes de l'inflammation bien prononcés; chez quatre autres dont l'affection a été légère, les caillots étaient peu rétractés, sans couenne et de consistance médiocre.

On voit d'après ce qui précède que les inflammations des organes produisent toujours dans le sang une modification générale qui s'y présente constamment, seulement à de différents degrés, selon l'intensité de l'inflammation.

Plusieurs médecins se sont occupés de cet état général du sang; M. Piorry lui a consacré un très-bon travail, et l'a désigné sous le nom d'*hémite* ou d'inflammation du sang (1). Cette dénomination nous paraît bien convenable, mais nous ne voulons nous en servir que comme d'un terme de convention dont nous supposons la valeur bien connue; ainsi, au lieu d'être aussi restreints dans notre définition que le médecin distingué que nous venons de citer, qui ne regarde comme inflammatoire *que le sang dont le caillot se couvre d'une couche pseudo-membraneuse plus ou moins épaisse* (2), nous prétendons de donner bien plus d'étendue à notre manière de voir et la rendre plus conforme à l'observation (qu'il sera facile de faire désormais), en appliquant ce mot *hémite*, non-seulement au sang couenneux, mais en nous en servant toutes les fois que les molécules de

(1) Traité de médecine pratique, art. *hémite*.

(2) Loco citato, page 3.

ce liquide offriront une augmentation plus ou moins grande dans la force d'agrégation qui les maintient plus rapprochées que dans l'état normal. La couenne elle-même reste en grande partie au moins sous l'influence de cette force ; sa présence n'est pas indispensable pour reconnaître l'inflammation du sang ; nous pouvons faire ce diagnostic même d'après l'examen du sang fourni par les ventouses scarifiées, par lesquelles on obtient rarement de la couenne, même dans les cas les plus favorables au développement de cette production morbide : et comme un naturaliste qui connaît bien les lois d'évolution organique reconnaît d'après l'aspect d'un seul os la famille de l'animal auquel cet os appartient, de même nous reconnaîtrons le sang inflammatoire d'après l'examen d'un petit morceau de caillot, n'importe la face par laquelle il nous sera présenté. Ceux qui n'ont d'autre guide que la couenne pour reconnaître l'état inflammatoire du sang, confondent souvent les états opposés de ce liquide, et dans beaucoup de cas ils en méconnaîtront le véritable état inflammatoire. L'on pourra éviter facilement toutes ces méprises en se fondant sur la force d'agrégation que les inflammations augmentent constamment dans les molécules du sang ; cette force peut même être tellement développée dans les inflammations violentes, que même pendant la vie elle prend le dessus sur la force antagoniste et donne lieu aux concrétions fibrineuses dans les cavités du cœur ; souvent nous sommes parvenus à les diagnostiquer par l'obscurité des bruits du cœur survenue rapidement dans le cours d'une maladie. M. Bouillaud regarde même ces concrétions comme l'effet à peu près constant d'une pleuro-pneumonie intense, surtout lorsqu'elle occupe le poumon voisin du cœur. Nous avons eu souvent l'occasion de nous convaincre de la justesse de cette observation : à mesure que par des saignées répétées on diminuait la plasticité du sang, les bruits du cœur reprenaient leur timbre ordinaire ; si, au contraire, on n'a pas pu empêcher la terminaison funeste, l'examen du cadavre confirmait toujours le diagnostic fait pendant la vie.

Les opinions des auteurs sont encore partagées au sujet de l'ordre dans lequel se suivent l'inflammation du sang et celle des organes : « Après avoir examiné soigneusement les différents symptômes de la pleurésie, dit Sydenham, je crois qu'elle n'est autre chose qu'une fièvre provenant d'une inflammation particulière du sang, et par laquelle la nature dépose la matière morbifique sur la plèvre et quelquefois sur les poumons (1). » Telle est encore l'opinion de plusieurs médecins contemporains, non-seulement sur la nature de la pleuro-pneumonie, mais aussi sur celle du rhumatisme articulaire et de la plupart des inflammations. D'autres médecins font, au contraire, toujours précéder l'inflammation du sang par la phlogose des organes. Sans admettre aucune de ces opinions d'une manière exclusive, nous pensons que toutes les deux peuvent trouver leur application dans la pratique ; nous croyons cependant que l'inflammation du sang se développe plus communément sous l'influence des inflammations des organes, que celles-ci sous l'influence de l'inflammation du sang.

Nous arrivons actuellement à un autre ordre de maladies dans lesquelles le sang offre des altérations différentes de celles dont nous venons de parler jusqu'à présent. Nous allons commencer notre examen par les affections connues ordinairement sous le nom de fièvres typhoïdes. Cet examen ne peut pas manquer de nous offrir de l'intérêt car le sang est un élément si important dans notre économie, que les maladies tant soit peu graves ne peuvent pas durer longtemps sans imprimer à ce fluide des caractères importants qui doivent différer, comme diffèrent entre eux leurs principaux symptômes. Or, s'il était possible de bien étudier ces caractères, on pourrait peut-être y trouver la pierre de touche sur laquelle nous irions essayer nos opinions sur la nature des maladies. D'un autre côté, sous le rapport du diagnostic, ces caractères (en les supposant constants) vaudraient plus que beaucoup d'autres sur lesquels on se fonde généralement aujourd'hui, tels que la fièvre avec prostration des forces, les sudamina, etc., etc., qui, selon nous, sont aussi loin de constituer les caractères de la fièvre typhoïde que les morsures des chenilles sont loin de constituer les caractères d'une plante.

Nous avons conservé des notes détaillées sur l'état du sang tiré dans la fièvre typhoïde, 111 fois par la phlébotomie, et 68 fois par les ventouses scarifiées. Sur ces 111 saignées, il y en avait 46 dans lesquelles les caillots n'ont présenté aucune couenne ou seulement quelques petites taches couenneuses molles et demi transparentes. Tous ces caillots étaient en même temps plus ou moins noirs, et plus ou moins mous, offrant pourtant les différents degrés de consistance ; les uns pouvant encore supporter la moitié de leur poids, les autres se coupant à la pression du doigt nécessaire pour les soulever. La sérosité qui entourait le caillot se trouvait toujours en petite quantité, et sans être trouble ; elle n'a jamais été aussi limpide que dans les saignées pratiquées dans les phlegmasies franches. Les ventouses scarifiées, appliquées 32 fois chez les mêmes malades, ont fourni des rondelles noires et molles formant un magma analogue à du *raisiné mal pris* ou une sorte de bouillie suspendue dans une sérosité plus ou moins rougie par la matière colorante du sang, quelquefois

(1) Médecine pratique, chapitre *Pleurésie*.

presque noire. Toutes ces saignées, tant générales que locales, appartiennent aux 21 malades chez qui il n'y avait pas une seule saignée qui eût offert la couenne complète.

Chez 11 autres malades atteints de fièvre typhoïde simple, sans complications, les saignées ont fourni quelques caillots couverts de couenne; ainsi, sur 27 saignées, il y en eut 18 qui ont présenté de la couenne; mais, dans presque tous ces cas, elle était mince, demi transparente, analogue à de la graisse figée, et lorsqu'elle avait une demi-ligne ou une ligne d'épaisseur, elle était alors infiltrée, comme œdématiée, et se rompait facilement lorsqu'on essayait de soulever le caillot. Chose remarquable, malgré la présence de cette espèce de couenne, en quelque sorte avortée, qui aurait pu faire croire à un changement important dans l'état du sang, les rondelles des ventouses conservaient toujours inaltérable le cachet de la fièvre typhoïde; elles étaient presque toujours mollasses, mal formées, déchiquetées, en bouillie; quelques-unes prenaient seulement un peu de forme et de consistance après plusieurs évacuations sanguines, et cet état coïncidait toujours avec une amélioration bien marquée dans l'état général des malades.

Enfin, nous arrivons à l'examen du sang des malades, chez qui, outre les symptômes ordinaires de fièvre typhoïde, il y avait des signes d'inflammation plus ou moins prononcés des organes respiratoires, de la gorge, du cerveau, etc. Sur douze malades atteints de bronchite en même temps que de fièvre typhoïde, il y en avait cinq chez qui le sang n'a offert aucune couenne ou seulement quelques petites plaques molles et demi-transparentes, en même temps que les caillots étaient mous et se déchiraient à la moindre pression. Dans tous les cas, l'affection des organes respiratoires était très-légère et occupait ordinairement une étendue peu considérable. Chez sept autres malades, on a pratiqué 24 saignées, et, sur ce nombre, il y en avait 17 avec une couenne générale et 7 sans couenne. Excepté les quatre malades dont nous allons parler tout à l'heure, toutes les saignées pratiquées chez trois autres malades ont offert une couenne grisâtre, molle, ordinairement demi-transparente, et qui se rompait à une faible pression, pouvant tout au plus supporter la moitié, rarement les deux tiers du poids du caillot. Les quatre malades qui font l'exception méritent d'être examinés avec plus de détails. Un d'eux a été atteint d'une bronchite générale très-intense; il fut saigné trois fois et les deux premières saignées ont fourni des caillots couverts d'une couenne ayant à peu près une ligne et demie d'épaisseur, supportant bien leur poids; dans la troisième saignée, le caillot a été sans couenne et assez mou; mais aussi l'inflammation des organes respiratoires avait déjà beaucoup perdu de son intensité.

Le deuxième malade n'a offert à son entrée qu'un peu de bronchite, avec les symptômes de fièvre typhoïde bien prononcée; il fut saigné d'abord deux fois dans les deux premiers jours, et les deux saignées ont fourni des caillots mous, sans couenne et faciles à déchirer. Le troisième jour, on a trouvé beaucoup de gêne dans la respiration. Ayant examiné la poitrine, on a reconnu l'existence d'une pneumonie. On lui fit trois nouvelles saignées, et on appliqua deux fois des ventouses scarifiées sur le côté malade. Les deux premières saignées présentèrent une couenne générale, supportant le poids du caillot; dans la troisième saignée, le caillot était sans couenne, mais glutineux et supportant très-bien son poids.

Le troisième malade, qui n'a présenté d'abord qu'un peu de bronchite, avec la fièvre typhoïde, a donné le premier jour du sang sans couenne et d'une consistance médiocre. Le deuxième jour, on a constaté les signes de la pneumonie, et les deux saignées qui furent pratiquées depuis ont fourni des caillots avec une couenne, comme chez le malade précédent.

Enfin, chez le quatrième malade, atteint de fièvre typhoïde, avec une bronchite et un point pleurétique, on a pratiqué trois saignées; les caillots des deux premières n'ont pas offert de couenne; mais ils étaient glutineux et d'une très-bonne consistance. Le caillot de la troisième saignée était également glutineux en même temps qu'il présentait un peu de couenne sur les bords.

Le sang tiré par les ventouses scarifiées a fourni, à peu de chose près, les mêmes caractères (typhoïdes) chez les malades de cette dernière catégorie que chez les malades précédents; ainsi, quoique les caillots fussent couverts de couenne, les rondelles des ventouses n'étaient pas moins molles, mal formées, et la sérosité du sang était rougie par la matière colorante; nous exceptons pourtant de cette catégorie les quatre malades dont nous avons parlé en dernier lieu. En même temps que les caillots présentaient chez ces malades de véritables signes de l'inflammation, les mêmes caractères s'imprimaient aussi sur les rondelles des ventouses et sur leur sérosité.

Quatre de nos malades atteints de fièvre typhoïde ont eu en même temps l'angine tonsillaire plus ou moins forte. Chez trois d'entre eux, le sang n'a pas été sensiblement modifié par l'affection de la gorge, quoiqu'une fois elle fût assez prononcée. Chez le troisième malade, on a pratiqué deux saignées, et chacune d'elles a fourni un caillot couvert de couenne mince et se déchirant facilement lorsqu'on essayait de soulever le caillot. Les ventouses ont fourni chez ce malade du sang d'une consistance médiocre.

Un malade a présenté avec la fièvre typhoïde les symptômes d'une colite assez intense, et les trois saignées qui lui furent successivement pratiquées ont présenté des caillots couverts de couenne, dont une

a été assez forte pour supporter le poids du caillot; les deux autres se rompaient facilement. Le sang des ventouses a conservé, à peu de chose près, les caractères ordinaires de la fièvre typhoïde.

Deux malades ont eu avec la fièvre typhoïde un léger gonflement du testicule. Les caillots des saignées qui leur furent pratiquées avaient la consistance un peu au-dessus de celle que l'on rencontre ordinairement dans les fièvres typhoïdes simples, mais il n'y avait point de couenne.

Enfin un malade est entré à l'hôpital avec les symptômes de la fièvre typhoïde; la saignée pratiquée le jour de son arrivée a offert un caillot couvert d'une couenne mince, faible et demi-transparente; l'autre saignée pratiquée le lendemain a donné une couenne un peu plus épaisse et plus forte : le même jour, il est survenu un délire furieux avec des mouvements spasmodiques des muscles; on a été obligé de recourir au gilet de force, et on s'est hâté d'attaquer avec les moyens convenables la méningite dont on a reconnu l'invasion, et à laquelle on peut rapporter l'état couenneux du sang.

Il résulte de ce que nous venons de dire que le sang tiré dans la fièvre typhoïde soit par la phlébotomie, soit au moyen des ventouses, présente des caractères particuliers qui ne se trouvent jamais dans les inflammations franches d'une certaine intensité. Les caillots sont ordinairement noirâtres, sans couenne, entourés d'une petite quantité de sérosité, tantôt un peu trouble, tantôt claire, mais n'offrant jamais la limpidité du sérum de la pneumonie ou du rhumatisme articulaire; en même temps ils sont mous, plus ou moins faciles à couper avec les doigts ou à rompre lorsqu'on les soulève. Dans des cas assez rares où les caillots offrent à leur surface de la couenne, cette production morbide ne constitue qu'un mince voile à travers lequel un bon observateur saura toujours distinguer les véritables caractères de la fièvre typhoïde. En effet, cette croûte à laquelle on ne donne pas moins alors le nom d'inflammatoire, est mince, demi-transparente et se déchire avec beaucoup de facilité ensemble avec le caillot qui conserve les mêmes caractères que nous avons déjà étudiés dans les caillots sans couenne.

Ces caractères ne sont modifiés d'une manière notable que par des inflammations intenses : ainsi toutes les fois que dans une fièvre typhoïde bien dessinée on trouvera la couenne ferme, épaisse et supportant le poids du caillot qui sera rétracté, mou et entouré d'une sérosité proportionnellement abondante et claire, on pourra affirmer que le malade est en même temps atteint d'une inflammation, et ce sera le plus souvent une pneumonie ou une bronchite intense (1).

En même temps que les inflammations modifient les caractères du sang typhoïde dans le sang de la saignée, elles les effacent également en partie dans les rondelles des ventouses, en les rendant plus glutineuses, plus fermes et mieux formées. Cependant, si les inflammations ne sont que peu intenses et occupent peu d'étendue, il n'y aura que le sang de la saignée qui sera un peu modifié, au moins en apparence, par la présence d'une couche couenneuse à la surface; le sang tiré par les ventouses scarifiées portera toujours le cachet de la fièvre typhoïde, les rondelles seront alors comme dans le cas où l'affection est simple, molles en bouillie, nageant au milieu d'une sérosité rougie par la matière colorante du sang, et se précipitant avec la plus grande facilité par l'agitation du vase.

Si nous réfléchissons sur les caractères du sang dans les maladies qui furent jusqu'à présent l'objet de notre examen, nous serons frappés de deux caractères culminants qui les séparent en deux groupes différents. Les maladies du premier groupe se distinguent par l'augmentation de la force d'attraction entre les molécules du sang, et c'est à elle que nous devons la fermeté des rondelles des ventouses, et leur réunion en une seule masse rouge et glutineuse dans la pneumonie, le rhumatisme articulaire, etc.; c'est de cette force que dépend la rétraction plus ou moins considérable des caillots, leur fermeté et l'aspect glutineux ou la présence d'une couenne épaisse, forte et supportant le poids du caillot; enfin la limpidité parfaite du sérum du sang que l'on rencontre dans les mêmes maladies.

Les maladies du second groupe se distinguent au contraire par la diminution de la force d'agrégation entre les molécules du sang; ainsi nous n'y verrons plus des caillots bien rétractés; une grande partie de globules fibrineux resteront en dissolution dans le sérum et l'empêcheront par là de devenir aussi clair et aussi limpide que celui du groupe précédent; sa quantité sera également toujours inférieure, car elle est subordonnée à la force d'attraction avec laquelle les molécules du sang s'approchent les unes

(1) Il y a une grande différence entre la consistance du caillot sous-jacent à la couenne dans une pleuro-pneumonie et celui de la fièvre typhoïde; dans le premier cas, le sang est extrêmement mou et forme à peine une sorte de gelée; car la plus grande portion de fibrine dont dépend sa consistance s'est portée à la surface pour constituer la couenne; dans la fièvre typhoïde au contraire la fibrine est partout uniformément répartie, et la mollesse du caillot tient seulement au peu de densité occasionnée par la diminution de la force d'attraction entre les molécules de la fibrine : elle ne s'y trouve pas moins en assez grande quantité, et c'est ce qui est la cause que quelle que soit la mollesse du caillot dans les fièvres typhoïdes, il est généralement plus ferme que dans les pleuro-pneumonies intenses où il en est complètement dépourvu.

des autres et expriment la sérosité contenue entre leurs aréoles; enfin nous ne verrons jamais dans ce groupe ces couennes épaisses qui se laissent soulever en entraînant avec elles le caillot sans aucune rupture.

La question à la résolution de laquelle on attacherait beaucoup d'importance serait de savoir si la lésion du sang, dont nous avons démontré l'existence dans la fièvre typhoïde, y est primitive ou secondaire. Chacune de ces opinions compte aujourd'hui ses partisans : il faut avouer que l'examen du sang pourrait singulièrement éclairer cette question encore douteuse pour beaucoup de médecins; mais il faudrait pour cela des circonstances plus favorables que celles au milieu desquelles nous avons recueilli nos observations. Malheureusement la nature de cette maladie est telle que le plus souvent les malades ne se croient atteints d'abord que d'une indisposition dont ils espèrent voir la fin à chaque instant, et ils ne demandent les conseils du médecin qu'après avoir vu échouer leurs espérances; ceci s'applique surtout aux malades qui vont chercher des secours dans les hôpitaux, et qui ne se décident ordinairement à cela que lorsqu'ils ne peuvent plus poursuivre leurs travaux. Cette tâche pourrait être très-honorablement remplie par les médecins en réputation, comme praticiens attachés aux grands établissements publics, tels que les colléges, les pensionnats, etc.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire sentir, en terminant cet article, le singulier rapprochement qui existe entre les différents états du sang dont nous avons donné la description et l'état des muscles. L'affaiblissement de la contractilité musculaire est un symptôme dominant dans la fièvre typhoïde; les plus forts sont abattus dans cette maladie; leurs jambes fléchissent sous le poids du corps et refusent même souvent leur service; les malades ne se décident à entrer à l'hôpital que quand ils ne peuvent plus absolument vaquer à leurs occupations. Si nous interrogeons ces malheureux sur les moyens qu'ils ont employés pour s'y rendre, nous obtiendrons une réponse à peu près constante qu'ils y sont allés en voiture ou qu'ils y étaient apportés sur un brancard ou traînés par leurs parents ou amis. Ce symptôme ne se rencontre pas généralement dans les affections dans lesquelles nous avons noté l'augmentation de la force de l'attraction entre les molécules du sang. Il est très-rare de voir des malades atteints de pneumonie ou de pleurésie être obligés de se mettre au lit dès le commencement, et ce qui est surtout très-commun, c'est de les voir arriver à l'hôpital à pied et n'accusant point de faiblesse. Ne dirait-on pas que la fibre musculaire dont le sang n'est en quelque sorte que la dissolution (chair coulante de Bordeu) participe dans les fièvres typhoïdes à la résolution des molécules que nous avons déjà notée dans le sang chez ces malades? Cette supposition, que nous croyons capable de germer dans l'esprit philosophique de quelque observateur, pourrait être appuyée de plusieurs observations, et entre autres de celle dont on doit connaissance à Duhamel. Dans cette observation, un bœuf tué après avoir été *surmené* a offert une lésion toute particulière du sang; quelques gouttes de ce liquide tombées sur les mains et la joue de deux femmes ont donné lieu à l'inflammation gangréneuse de ces parties; le boucher qui a mis dans sa bouche pendant quelques instants le couteau dont il s'était servi pour tuer l'animal, a présenté quelques heures après du gonflement à la langue avec l'apparition de pustules noirâtres sur tout le corps et succomba au bout de quelques jours.

Dans cette observation, l'épuisement de la contractilité musculaire paraît avoir eu une grande influence sur l'état du sang : dans les fièvres typhoïdes au contraire l'affaiblissement de la contractilité musculaire paraît être le résultat d'une lésion préalable de ce liquide; mais on pourrait ne voir dans ces deux circonstances qu'un double mode d'enchaînement des phénomènes morbides, comme on en observe si souvent des exemples dans la pratique, phénomènes qui de locaux deviennent généraux et réciproquement.

Si ces rapports que nous supposons exister entre l'état du sang et la fibre musculaire étaient réels, on pourrait par la même raison se rendre compte du ramollissement des organes internes que l'on rencontre si souvent dans la fièvre typhoïde. D'un autre côté, la fermeté des muscles extérieurs, des parois du cœur, du foie, de la rate, etc., que l'on trouve ordinairement chez les malades qui succombent à une pleuro-pneumonie ou le rhumatisme articulaire aigu rendrait encore plus probable notre supposition; dans un cas, le sang pécherait en devançant en quelque sorte l'époque normale de son assimilation, lorsque dans l'autre cas cette tendance naturelle du sang se trouverait paralysée et son assimilation arrêtée.

Pour rendre ce travail plus complet, nous aurions désiré nous livrer à l'examen du sang dans les fièvres éruptives; mais le nombre de nos observations relatives à ce sujet n'étant pas suffisant pour poser des règles générales, nous nous réservons de traiter ce sujet à une autre époque.

GAZETTE MÉDICALE. — Février 1839.

VARIÉTÉS.

—

De l'influence de quelques-unes de nos lois fiscales sur la santé publique.

Pour bien apprécier l'influence de nos lois fiscales sur la santé publique, il importe de considérer chacune de ces lois en particulier ; il y a en effet sous ce rapport une très-grande différence entre les impôts directs et les impôts indirects. Le législateur a cherché dans l'établissement des premiers à prendre pour base proportionnelle la fortune des citoyens, tandis que dans notre système d'impôts indirects on n'a aucun égard aux facultés diverses des particuliers ; on atteint *indistinctement* toutes les classes de la société ; il y a plus, et nous le prouverons tout à l'heure, on atteint particulièrement les classes pauvres, on aggrave leur misère, et conséquemment on altère leur santé.

Mais passons à l'examen de ces lois en particulier.

La contribution des *portes et fenêtres* n'est autre chose qu'un impôt sur la lumière et sur le renouvellement de l'air. Dans un ouvrage présenté tout récemment à l'Académie des sciences, un auteur établit qu'il y a un rapport direct entre les lumières de l'esprit et celle qui pénètre par l'ouverture de nos maisons, et que ce rapport entre l'instruction et le nombre de ces ouvertures est parfait, c'est-à-dire que plus il y a de portes et fenêtres, plus il y a d'instruction, et réciproquement ; en sorte que toutes les fois qu'en traversant un pays on voit des maisons ayant beaucoup de portes et fenêtres, on peut en conclure que l'instruction y est répandue.

Nous trouverons, nous, un autre rapport non moins formellement établi, c'est que le nombre des maladies, et particulièrement des maladies scrofuleuses, est précisément en raison inverse du nombre des portes et fenêtres ; de sorte que toutes les fois qu'en traversant un pays, on voit des maisons presque entièrement privées de fenêtres, on peut en conclure que les maladies scrofuleuses règnent dans les mêmes habitations ; et il n'est que trop avéré que dans beaucoup de villages, les habitants pour diminuer le fardeau de leurs impôts, prennent le parti de boucher leurs fenêtres ; dans un village de Picardie, nommé Oresmaux, des familles entières ont fini par succomber, atteintes qu'elles étaient toutes de scrofules ; M. Baudelocque en a recherché les causes : la plupart des maisons construites en terre, n'avaient point de croisées. (*Etud. sur la mal. scroph.* pag. 244.)

M. Baudelocque rappelle dans son ouvrage que, suivant une tradition fort ancienne, le sacre conférait aux rois de France le pouvoir de guérir les scrofuleux, et que l'attouchement eut encore lieu lors du sacre de Charles X. Suivant M. Alibert, ancien médecin de ce roi, la chose était louable, en ce que le pouvoir profitait de cette occasion pour faire des libéralités ; suivant nous, le meilleur attouchement eût été d'exempter d'abord les malades de l'impôt sur les portes et fenêtres, et d'accorder des primes d'encouragement à tous ceux qui par un bon système de ventilation, de renouvellement de l'air, auraient mis leurs familles à l'abri de cette maladie.

Mais je passe à des impôts dont l'action sur l'état sanitaire des populations est bien moins contestable encore, je veux parler des impôts indirects et des prélèvements des octrois.

Voyons d'abord l'impôt sur le sel :

Pour faire sentir combien cet impôt est onéreux, et comment, par sa nature même, il tend à altérer l'état sanitaire des classes les moins aisées de la société, il faut parler de l'usage du sel et de son indispensable nécessité.

Il résulte de quelques recherches faites tout récemment par mon compatriote M. Barbier, que chaque individu consomme, terme moyen, de trois gros à une once de sel par jour ; que, quelle que soit l'abstinence, la sévérité du régime, imposées à certaines sectes religieuses, leur santé peut se conserver intacte, mais à la condition d'user d'une certaine quantité de sel ; on a vu d'une part des individus soumis au régime le plus austère, mais usant de sel, conserver les attributs de la plus belle santé, et d'autre part des paysans russes, bien nourris d'ailleurs, mais forcés par leurs seigneurs de s'abstenir de sel, tomber dans un état de dépérissement rapide. Ainsi, dit M. Barbier, nos humeurs ne tardent pas à se détériorer, nos tissus organiques à perdre de leur intégrité normale, quand une certaine quantité de sel ne pénètre pas journellement dans la machine humaine ; mais il y a un autre fait non moins important, surtout lorsqu'il s'agit de constater les effets d'une mesure fiscale, c'est que la consommation du sel diminue en proportion de la délicatesse des aliments ; chacun sait, en effet, que les aliments tirés du règne animal exigent peu de sel pour leur digestibilité, tandis que ceux qu'on tire exclusivement du règne végétal en exigent une bien plus forte proportion, d'où il résulte que la consommation du sel augmente d'autant plus que les aliments deviennent plus farineux, qu'ils deviennent plus grossiers. Il faut près d'une once de sel pour faire digérer un litre de haricots : de sorte que l'impôt sur le sel augmente précisément avec la misère du pauvre !!

Je ne parlerai pas de l'utilité du sel dans l'économie rurale, soit pour faire supporter aux animaux ce qu'on appelle la *vie d'étable*, soit pour rendre plus florissante la vie des prairies, soit enfin comme moyen prophylactique d'une foule de maladies, spé-

cialement des affections cutanées et des cachexies séreuses : je ne parlerai pas non plus de l'utilité du sel comme moyen puissant de fertilisation pour le sol; il est évident que c'est là un impôt qui ne pourrait être décliné par personne, et moins encore par le pauvre que par tout autre.

M. Barbier, que j'ai cité tout à l'heure, a très-bien vu que le sel n'est pas un simple assaisonnement; ce pharmacologiste dit, dans sa lettre à la *Gazette médicale*, qu'il lui assigne un rôle plus sérieux; mais il n'a pas indiqué quel pouvait être ce rôle.

Nous allons tâcher d'y suppléer. Les physiologistes ont cherché à se rendre compte des propriétés du sel quant à la digestibilité des divers aliments; ils se sont demandé si le sel, véritable agent chimique, ne serait pas destiné à aider la conversion des fécules, des sucs et des mucus végétaux, en cette substance, en quelque sorte nouvelle, qu'on appelle *chyle*. Quoi qu'il en soit, prenant la question sous un point de vue plus large, nous voyons dans la nature les êtres organisés s'alimenter en quelque sorte réciproquement. C'est comme une éternelle circulation de substance qui se fait de l'un à l'autre. Mais pour aider cette transmission, pour la rendre plus active, plus forte, plus nutritive enfin, il est besoin d'un agent particulier; cet agent, c'est le sel.

C'est un agent d'intromission d'abord, puis de circulation, puis enfin de transmutation..

Le sel est en effet presque entièrement absorbé dans les voies digestives; l'analyse chimique des matières fécales le prouve; il va donc bien au delà des premières voies, il semble vivifier tous les organes, présider à leur double mouvement de composition et de décomposition; mouvement qui constitue la vie des individus; comme le grand mouvement de génération et de mort constitue la vie des espèces.

Mais le fait le plus important à signaler ici c'est que le besoin du sel est d'autant plus formel, d'autant plus impérieux, d'autant plus pressant, que l'alimentation est grossière et insuffisante; de sorte que l'impôt sur sa consommation nous paraît surtout devoir compromettre la santé des pauvres habitants des communes rurales.

Remarquons ensuite, comme conséquence de ce que nous venons de dire, que les produits graduellement plus considérables de cet impôt, loin d'être un signe de prospérité publique, prouvent plutôt que la misère augmente, que le besoin de faire supporter une mauvaise alimentation devient chaque jour plus pressant et plus universel.

Ce n'est donc un impôt bien assis, qu'en ce sens; que nul ne saurait s'y soustraire, pas même le plus misérable, et que son produit augmente avec la détérioration de la santé publique, qui suit la perte du bien-être.

Sous la restauration, on a vu cet impôt grossir d'année en année : en 1814, il ne produit que 25 millions; en 1815, il passe 35 millions; en 1818, ses proportions augmentent de nouveau, on lui voit atteindre 41,218,000; en 1821, 49 millions.

Sous le régime actuel, il n'acquiert pas moins de force; en 1835, il s'est élevé à 53,817,000 fr., sans comprendre les produits très-considérables des salines de l'Est.

Bien que les produits des octrois ne soient portés que pour un dixième au budget général de l'état, que les administrations soient distinctes et spécialisées, je rapprocherai ici ces impôts des contributions indirectes et j'en examinerai les effets sur la population des villes.

Les tarifs des octrois comprennent cinq grandes divisions. Je ne m'occuperai que de ce qui peut intéresser immédiatement la santé publique; aussi je ne parlerai que des *boissons*, des *comestibles*, des *combustibles*.

Le vin, pour les ouvriers des villes, ne devrait pas être un objet de luxe, mais bien un objet de première nécessité; nos lois fiscales tendent à intervertir cet ordre naturel, cet ordre tout moral. Le vin est devenu pour les dernières classes un objet de luxe et de débauche; aussi son usage, loin de tourner au profit de la santé du peuple, contribue plutôt à l'altérer. Les ouvriers n'introduisent guère de vin dans leurs ménages, ils n'en achètent ni pour leurs femmes ni pour leurs enfants; chacun sait que c'est surtout hors des barrières, le dimanche et les premiers jours de la semaine, qu'ils vont en boire pour échapper aux lois fiscales.

Ainsi, pendant les jours consacrés aux travaux les plus pénibles, les privations sont rigoureuses pour les familles indigentes; arrivent ensuite des excès qui augmentent la population des hôpitaux.

Peu de temps après le rétablissement des octrois, en l'an IX, le droit d'entrée des vins dans Paris était de 6 fr. 60 c. par hectolitre; en 1819, il était de 13 fr. 50 c.; sous le nouveau régime ce droit a été porté à 18 fr. 50 c.

Personne n'ignore que les droits sont les mêmes pour tous les vins; mais, comme l'ouvrier prend cette boisson en détail chez les marchands de vins, il doit en payer d'abord la valeur réelle, puis les droits d'octroi, les droits de l'exercice des contributions indirectes, puis le bénéfice des marchands; bref, le vin falsifié a triplé pour lui de valeur!...

Nous avons montré tout à l'heure la progression rapide du tarif des octrois de Paris depuis l'an IX jusqu'en 1833; or nous allons voir que la consommation, dans le même espace de temps, a suivi une marche inverse.

En l'an IX, il est entré dans Paris 1,016,613 hectolitres de vin tarifé, comme nous l'avons dit, à 6 fr. 50 c.; en 1819, il n'en est plus entré que 805,409

hectolitres tarifés à 13 fr. 50 c., et en 1832, seulement 595,585 hectolitres tarifés à 18 fr. 50.

Ce n'est pas tout, en l'an IX la population de Paris n'était que de 547,756 habitants; en 1819, elle était de 713,765, et en 1832 de 774,338 habitants.

On voit d'après ces chiffres quelle réduction progressive a éprouvée la consommation de chaque individu!

Les eaux-de-vie au-dessous de 22° ont été tarifées à raison de 25 fr. l'hectolitre, et 18 fr. pour le compte du Trésor; mais comme les ouvriers trouvent moyen de se stimuler et même de s'enivrer avec une quantité bien moindre d'eau-de-vie que de vin, il en résulte que dans l'intérieur de Paris, c'est sur l'eau-de-vie qu'ils se rejettent.

Parent Duchâtelet a cité à cette occasion un fait remarquable : c'est que le régime des ouvriers débardeurs est très-différent au delà et en deçà des barrières. Les ouvriers de Bercy ne boivent que du vin naturel, tandis que les ouvriers de l'intérieur ne boivent guère que de l'eau-de-vie et du vin frélaté, aussi sont-ils presque toujours tourmentés de coliques ou de tranchées.

Toutes les viandes sont taxées; or la viande est un aliment indispensable aux ouvriers des villes.

Les ouvriers sans travail, sans ressources, sentent tellement cette nécessité, qu'ils préfèrent manger une viande détestable à ne pas en manger du tout.

En voici la preuve : il y a dans Paris deux établissements où l'on débite des têtes de moutons cuites et du bouillon fait avec ces mêmes têtes; l'un de ces établissements est situé près de la Grève, l'autre dans la Cité.

Le potage, préparé dans une immense chaudière, distribué à *discrétion*, coûte un sou par convive. Les têtes, pourvu qu'on rende les os, coûtent de deux sous et demi à trois sous.

Mais il est à remarquer que tous ceux qui fréquentent ces établissements sont des hommes absolument sans ressources, que s'ils y vont, c'est à cause de leur extrême pénurie, de leur profonde misère; dès qu'ils ont du travail ils se gardent bien d'y retourner : ils achètent d'autres viandes.

L'impôt sur les viandes a été aussi en grossissant depuis l'époque de son rétablissement jusqu'à nos jours; non pas tant sous le rapport de sa quotité générale que sous le rapport du tarif : je m'explique :

Depuis le rétablissement des octrois, la population de Paris a été sans cesse en s'accroissant, les besoins de cette cité ont dû s'accroître dans la même proportion; d'un autre côté le tarif a été élevé; il devait en résulter des produits beaucoup plus considérables; mais il n'en a pas été ainsi; ce tarif paralysait et même arrêtait la consommation dans les classes peu fortunées, en voici la preuve :

Il est entré dans Paris :

EN L'AN IX.

	Têtes.	Tarifées.	
Bœufs,	75,453	18 fr.	»
Vaches,	8,967	9	»
Veaux,	88,281	5	60
Moutons,	362,383	»	60
Porcs, Sangliers,	51,832	5	60
Viandes à la main, saucissons, jambons, etc., 520,867 kil.		»	06

EN 1819.

Bœufs,	70,819	24	»
Vaches,	3,561	15	»
Veaux,	67,719	6	»
Moutons,	329,070	1	50
Porcs, Sangliers,	64,822	9	»
Viandes à la main, 944,223 kil.		»	05

EN 1833.

Bœufs,	69,974	26	40
Vaches,	15,681	16	50
Veaux,	66,949	6	50
Moutons,	331,651	1	65
Porcs, Sangliers,	81,534	9	60
Viandes à la main, 559,780 kil.		»	14

On voit d'après ce petit tableau que la consommation des viandes de bonne qualité a progressivement diminué depuis l'an IX jusqu'aujourd'hui; on voit d'un autre côté que la viande de vache n'entrait que pour une très-faible proportion dans l'alimentation des habitants de Paris en 1819, mais que le tarif s'élevant de jour en jour, il a bien fallu en revenir à ces sortes de viandes, de telle sorte que dans les derniers temps on a consommé presque deux fois autant de viande de vache qu'en l'an IX, et presque cinq fois autant qu'en 1819.

La consommation des viandes de mouton et de veau a été au contraire en décroissant; quant à celle de porc elle a été en augmentant, mais peut-être au détriment de la santé. J'ai dit plus haut, en parlant des boissons, que les ouvriers de nos villes, dans la presque impossibilité où les avait mis l'augmentation incessante des tarifs d'acheter du vin en suffisante quantité, s'étaient rejetés sur l'eau-de-vie

qui produit des effets de stimulation à bien plus faible dose et à meilleur marché, j'en dirai autant pour la viande de porc et surtout pour les viandes à la main, viandes qui, sous un petit volume, produisent des effets plus marqués; ajoutons en outre que ces viandes sont vendues toutes préparées, ce qui les fait encore plus rechercher par la classe ouvrière.

D'après tout ce que nous venons de dire on conçoit combien des droits excessifs imposés sur l'alimentation première, indispensable, sont préjudiciables à la santé publique. La population s'accroît, et cependant les moyens de bonne alimentation vont en diminuant; si donc d'autres éléments n'agissaient avec force sur le mouvement de la population on la verrait rapidement tomber par le fait de ces lois fiscales.

La somme totale de l'alimentation liquide et solide reste la même, du moins elle éprouve peu de variations; mais elle se détériore, elle devient d'autant moins saine qu'on élève les tarifs; les ouvriers boivent autant que de coutume, mais ils boivent ou des vins falsifiés ou de l'eau-de-vie; leurs familles, leurs enfants boivent plus d'eau. Ils mangent toujours de la viande, mais la proportion des viandes de vache, de porc et de viandes à la main, est plus forte. Or, des deux côtés, veuillez en mesurer les effets sur la santé publique; calculez les effets d'un régime composé de viande de vache, de têtes de moutons et d'eau; ajoutez les effets d'un régime composé de charcuterie et d'eau-de-vie!!!

Sous le ciel de la France, et particulièrement sous celui de Paris, qui, chaque année, nous gratifie de cent quatre-vingts jours de brouillard, de cent quarante jours de pluie, et de vingt et un pouces d'eau, il faut de toute nécessité user de *combustibles;* aussi on s'est empressé d'imposer les combustibles. Ici encore, comme pour les boissons et les comestibles, le tarif s'est graduellement élevé et la consommation moyenne a diminué; donc la somme des privations a été en s'agrandissant.

C'est sur les deux extrêmes de la vie qu'ont dû nécessairement porter ces privations. S'il est un point de doctrine bien constaté en hygiène publique, c'est l'influence fnueste des saisons rigoureuses sur les jeunes enfants et les vieillards. Pour deux enfants qui meurent en janvier, dit M. Quetelet, on n'en perd qu'un seul au mois de juillet. L'hiver recommence à faire sentir sa funeste influence après l'âge de 40 ans; après 65 ans le froid est aussi à craindre pour les vieillards que pour les enfants nouveau-nés.

Les mêmes faits ont été constatés par MM. Villermé et Edwards et par M. Lombard de Genève.

Il y a plus: nous pourrions donner à cet égard une sorte de contr'épreuve.

Il existe une petite ville à quatre lieues de Lyon sur la rive droite du Rhône et qu'on nomme *Givors*. M. Brachet en a relevé les décès avec soin, et à son grand étonnement, il a trouvé que le *maximum* de la mortalité pour les enfants y est déplacé, qu'il n'est plus le même qu'à Paris; l'hiver n'y exerce plus sa funeste influence sur le premier âge de la vie. Le froid cependant n'est pas moins vif à Givors qu'à Paris, mais, dit M. Brachet, les moyens de s'en garantir y sont très-communs; pour la classe ouvrière et surtout dans les ouvriers de la verrerie, le chauffage ne *coûte rien;* ils ont leur tour à recueillir ce qu'on appelle *le grésillon* ou charbon brûlé; chacun a un bon feu chez soi.

Ceci confirme pleinement cette vérité que l'homme, comme être intelligent, sait et peut réagir contre les climats, qu'il peut en atténuer les mauvais effets, les annihiler même; mais, pour cela, il ne faut pas que la misère vienne lui en ôter les moyens.

Qu'on établisse en effet à Givors des lois fiscales sur la consommation des combustibles, sans oublier le grésillon, et bientôt vous verrez le maximum de la mortalité des enfants retomber en hiver, et dès lors vous aurez une augmentation considérable dans cette mortalité; car le maximum d'hiver l'emporte nécessairement sur le maximum d'été.

Mais pour justifier la nécessité, la rigueur de ces sortes d'impôts, on nous objectera sans doute que la majeure partie des sommes perçues est précisément employée à secourir les indigents et les malades. Pour apprécier cette objection à sa juste valeur, il faut tout simplement examiner combien on exige des pauvres contribuables et combien on leur donne.

On a établi qu'en France la moyenne des impôts est actuellement de 31 fr. 25 cent. par individu; mais par suite des exigences locales, dont je n'ai fait connaître qu'une partie, dans certaines villes la moyenne s'élève annuellement à 100 fr., et ceci est rigoureusement vrai pour les individus qui touchent à l'indigence. Or, après mille expédients, après tant d'appels à la philanthropie des riches, tout ce que les bureaux de charité peuvent accorder aux indigents inscrits sur leurs livres ne va pas au delà de 20 fr. par an! Comparez.

Sans doute c'est pour leurs dépenses locales que les communes ont été autorisées à s'imposer extraordinairement, à s'entourer d'octrois; nous savons qu'une partie des rentrées doit faire face aux frais des hôpitaux, des hospices et des secours à domicile; mais nous avons vu que l'assiette de ces impôts est telle qu'elle accroît nécessairement d'année en année le nombre des indigents et des malades.

C'est comme une vaste plaie qu'on veut guérir aux dépens des parties malades elles-mêmes.

Si quelqu'un avait dit aux communes, ou plutôt à

ceux qui se sont ingérés d'administrer les communes en France : Vous avez des hôpitaux, vous avez des indigents, eh bien! faites en sorte de trouver des lois fiscales telles que, de jour en jour, vous augmentiez le nombre de vos indigents et de vos malades; bien certainement ces administrateurs n'auraient pu rien trouver de mieux que d'imaginer des taxes progressives sur les boissons habituelles et indispensables, sur les comestibles de toute espèce et sur les combustibles de toute nature, sans oublier la tourbe et le poussier de charbon.

Il faut estimer à plus de cent soixante-quatorze mille le nombre des indigents secourus annuellement à Paris; nous comptons ici les réceptions dans tous les hôpitaux, ceux à qui les hospices ont donné asile, les enfants abandonnés, et les ménages secourus par les bureaux de bienfaisance; l'administration des hôpitaux travaille, et de tout cœur, à coordonner son budget de manière à faire tête à tant de dépenses imprévues, mais il me serait facile de prouver que, sous le rapport des dépenses elles-mêmes, on s'y prend encore de manière à augmenter le nombre des indigents et des malades.

Pour ce qui est des indigents à domicile, j'ai montré comment, par les taxes municipales, on commence par leur enlever annuellement environ *le quart* de ce qu'ils sont forcés de dépenser pour leur consommation de première nécessité, de sorte que ceux qui dépensent la modique somme de 400 fr. par an, paient environ 100 fr. d'impôts sous toutes les formes, tandis que l'aumône publique qu'on leur fait ne va pas au delà de 20 fr.; mais on a une satisfaction : on répète que pendant telle année des secours à domicile ont été généreusement accordés à quatre-vingts, à quatre-vingt-dix mille indigents; que la charité publique est inépuisable.

Pour ce qui est des hôpitaux et des hospices, on a d'abord admis en principe, et cela par pure humanité, 1° qu'il faut de temps en temps augmenter le nombre des lits et même des salles, attendu qu'il se présente toujours et progressivement un plus grand nombre de malades et des vieillards à secourir; 2° qu'il faut, à l'aide d'une grande économie, pourvoir à ces nouvelles et incessantes dépenses; or, comme le budget ne saurait s'accroître dans les mêmes proportions que la misère, on n'a trouvé rien de mieux à faire que de rogner sur la part de chaque malheureux pour accorder aux nouveaux venus.

L'administration dispose de 13 à 14 millions sur un budget de 150 millions produit par la seule ville de Paris; il y a plus, l'administration ne prélève réellement que 5,500,000 fr.; car, sauf les 400,000 fr. généralement accordés par le département, le reste appartient foncièrement aux hôpitaux; de sorte que pour secourir plus de cent soixante mille indigents, l'état qui perçoit annuellement la somme énorme de 150 millions, consent à peine à donner 6 millions; aussi messieurs les membres du conseil d'administration des hôpitaux se mettent-ils continuellement l'esprit à la torture pour faire de nouvelles économies, économies dont nous exposerons les résultats dans un autre mémoire.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

—

Concours sur la question relative à l'ophthalmie de l'armée. — Rentrée des mémoires.

En 1837, la Société a proposé un prix de 1500 francs sur la question suivante : « *Décrire les causes, les symptômes, la nature et le traitement de l'ophthalmie de l'armée.*

« *La Société désire que les concurrents s'attachent spécialement à la partie prophylactique de la question et qu'ils appuient leurs opinions de faits authentiques et concluants.* »

Dans la séance du 4 février 1839, le secrétaire-adjoint a rappelé à la Société que le terme fixé pour la rentrée des mémoires en réponse à cette question était expiré. Trois Mémoires ont été envoyés au concours; ils sont cotés suivant l'ordre de leur réception.

Le Mémoire n° 1 porte pour devise : *Dira per incautum serpunt contagia vulgus* (Virg., Georg. III, vers. 469.)

Le Mémoire n° 2 a pour épigraphe : *Les faits sont maintenant dans l'ordre intellectuel la puissance en crédit.* (Guizot.)

Le Mémoire n° 3 celle-ci : *Quæque miserrima vidi et quorum pars magna fui.* (Eneid. Virg. ch. II.)

La Société a nommé une commission de cinq membres pour lui faire un rapport sur le concours. Les mémoires seront en outre lus par tous les membres résidants qui ne font pas partie de ladite commission, avant l'époque à laquelle celle-ci est appelée à donner communication de son rapport.

Commission permanente du Congrès médical de Belgique.

PRIX PROPOSÉS AU CONCOURS.

Une médaille en or, de la valeur de 500 fr., sera décernée à l'auteur du meilleur mémoire *sur l'édu-*

cation physique des enfants, depuis la naissance jusqu'à la puberté.

Ce mémoire devant être un traité spécialement destiné aux mères de famille, sera écrit d'un style clair, concis, et dégagé, autant que possible, de toute discussion scientifique.

Deux médailles semblables seront décernées aux auteurs du meilleur mémoire sur les deux questions suivantes :

1° *Indiquer le mode d'action de la compression et déterminer la valeur thérapeutique de ce moyen.*

Les concurrents ne pourront pas se borner à traiter cette question théoriquement, mais ils devront s'étayer de faits.

2° *Quel est, d'après le développement physique, l'âge le plus convenable pour la levée de la milice en Belgique? Déterminer l'influence qu'exerce la vie militaire sur la santé du soldat et exposer les moyens de prévenir les principales affections auxquelles cette profession peut donner lieu.*

Cette dernière question étant d'un intérêt tout local, les habitants de la Belgique sont seuls admis à concourir.

Les mémoires, écrits lisiblement en français ou en latin, seront adressés, franc de port, avant le 1re novembre 1839 pour les deux premières questions, et avant le 1er janvier 1840, pour la dernière, à M. le docteur Dieudonné, rue de l'Empereur, numéro 29.

Les mémoires envoyés au concours deviennent la propriété du Congrès : tout concurrent a le droit de faire prendre copie de son mémoire, à ses frais. Chaque mémoire portera en tête une épigraphe et sera accompagné d'un billet cacheté présentant à l'extérieur la même épigraphe et contenant les noms et domicile de l'auteur.

Les membres de la commission sont exclus du concours.

Le Secrétaire de la Commission permanente.

Dr Dieudonné.

Bruxelles, 1er novembre 1838.

Présentation faite à l'Académie royale de médecine, d'instruments en ivoire, flexibles, remplaçant avec avantage les sondes, pessaires, bougies de gomme élastique, etc., etc.; par Charrière, fabricant d'instruments de chirurgie de la Faculté de médecine, des hôpitaux civils et militaires.

Monsieur le président,

M. le docteur L. Guterbock m'ayant donné connaissance de l'emploi que l'on fait à Vienne en Autriche, de bougies en ivoire dont il m'a remis un échantillon, j'ai eu recours à M. Félix d'Arcet, pour connaître par quel procédé on pouvait obtenir un pareil résultat, et d'après les indications qu'il m'a données, je suis arrivé à obtenir des instruments qui m'ont paru dignes d'être signalés à l'attention de l'Académie de Médecine.

Les échantillons que j'ai l'honneur de présenter, fruits d'un premier essai, offrent déjà des avantages tels, qu'ils peuvent remplacer les meilleurs instruments en gomme élastique ou en tissus enduits d'huile desséchée ; et, ce que je crois, dans certains cas, d'une haute importance, c'est qu'ils peuvent être fabriqués en peu de jours, tandis que la confection des sondes et bougies ordinaires demande souvent plusieurs mois.

Sous le point de vue chirurgical, je puis déjà indiquer que lorsque les instruments en ivoire sont secs, ils peuvent, malgré leur élasticité, recevoir et garder les courbures que l'on croit convenable de leur donner après leur introduction dans l'urèthre. Ils se dilatent avec d'autant plus de force qu'ils étaient plus secs au moment de leur introduction : aussi sans porter atteinte à leur ténacité, leur flexibilité est d'autant plus grande qu'ils sont plus humides.

On peut, à l'aide de ce même procédé, fabriquer avec facilité tous les instruments divers dits en gomme; et les recherches que j'ai entreprises à cet égard, de concert avec M. Félix d'Arcet, me font espérer que je pourrai étendre encore leurs usages.

J'ai l'honneur, etc.

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE

ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

L'ABEILLE ET L'OBSERVATEUR MEDICAL

RÉUNIS.

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE,

PUBLIÉES

PAR J.-E. LEQUIME,

DOCTEUR EN MÉDECINE, MÉDECIN DES HOSPICES DE PACHÉCO, DES URSULINES ET DE STE.-GERTRUDE, SECRÉTAIRE DE LA COMMISSION MÉDICALE DE LA VILLE DE BRUXELLES, MEMBRE DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS SAVANTES, ETC.

TOME DEUXIÈME.

BRUXELLES,

SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,

RUE DE FLANDRE, N° 155.

1839.

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

HOPITAL MILITAIRE D'ANVERS.

Considérations pratiques sur quelques maladies qui se sont particulièrement montrées pendant le premier trimestre de 1839; par le docteur Gouzée, médecin principal de l'armée, etc., à Anvers.

I. *Notes statistiques, etc.*

Le trimestre d'hiver, le seul qui d'ordinaire nous laisse un peu de relâche, nous a donné cette année, et surtout dans les deux premiers mois, un assez grand nombre de malades parmi lesquels il s'en trouvait beaucoup qui offraient des affections graves. Nous en avons reçu à l'hôpital, durant ces trois mois, 924 que nous classerons, suivant l'usage, en cinq catégories :

Fiévreux.	404
Blessés.	175
Vénériens.	46
Galeux.	265
Ophthalmiques.	34
Si nous y ajoutons ceux restant du trimestre précédent.	232
Nous aurons un total de	1156

qui constitue le nombre des malades traités à l'hôpital militaire d'Anvers pendant le premier trimestre de 1839.

Le chiffre de la mortalité a été de vingt et un, savoir dix-neuf de la classe des fiévreux et deux de celle des blessés. Ce chiffre est rarement aussi haut, surtout dans les mois d'hiver ; mais outre les autres causes dont nous parlerons plus loin, nous ne devons pas négliger de signaler ici l'augmentation de la force numérique des troupes et celle des fatigues du service, qui devaient nécessairement élever le nombre des décès en même temps que celui des malades. Parmi les malades qui ont succombé, se trouvaient sept phthisiques. La phthisie pulmonaire s'est toujours montrée très-fréquente dans notre hôpital ; cependant le nombre de ces malheureux nous a paru en général éprouver une diminution sensible, ainsi que celui des hommes faibles et chétifs qui peuplaient constamment cet établissement, depuis que l'on a pris la sage mesure de n'appeler les miliciens sous les armes qu'à l'âge de vingt et un ans. Plusieurs phthisiques, comme on le voit souvent, ont lutté péniblement contre l'influence, pour eux si désastreuse, des mois d'automne et d'hiver, et se sont éteints au moment où l'approche de la belle saison semblait devoir alléger leurs souffrances. Un maréchal-des-logis des guides, sorti de l'hôpital de Bruxelles et arrivé par le chemin de fer, est mort de cette maladie le lendemain de son entrée à l'hôpital. Le voyage par le chemin de fer, en waggon découvert, pendant le froid vif de cette saison, a été, pour plusieurs de nos jeunes miliciens, une cause de maladies graves. L'un d'eux nous arriva ainsi, ayant une violente bronchite et une irritation remarquable de l'appareil encéphalique, dont deux saignées et l'emploi de révulsifs cutanés ne purent vaincre la funeste tendance, et il nous fut enlevé subitement, également le deuxième jour de son entrée, par une congestion cérébrale. Nous aurons plus tard l'occasion d'entrer dans quelques détails sur les autres décès.

Notre hôpital reçoit des malades de cantonnements éloignés ; ceux-ci doivent faire, pour y arriver, un long voyage qui leur est d'autant plus funeste que la saison est plus rigoureuse ; quelques-uns se trouvent en outre dans la nécessité de subir la pénible traversée de l'Escaut. Ces circonstances augmentent toujours l'intensité des maladies en général, et accroissent nécessairement quelquefois le chiffre de la mortalité. C'est ainsi que nous en avons reçu plusieurs, comme nous le verrons, chez lesquels les secours de l'art sont restés impuissants.

Nous n'avons pas eu, cet hiver, de ces froids humides prolongés, si fréquents dans cette contrée couverte de marécages, sillonnée par les longs détours d'un large fleuve et qu'aucune forêt, aucune

élévation du terrain n'abritent contre les vents qui soufflent de l'Océan. Cette température froide et humide est toujours favorable chez nous à l'état sanitaire; l'hôpital se désemplit bientôt lorsque son règne a quelque durée. Si elle prépare insensiblement chez quelques hommes, le développement de quelques altérations lentes des organes, du moins ne donne-t-elle pas, ou n'a-t-elle pas donné naissance jusqu'à présent à ces nombreuses maladies que le froid sec, et plus encore les fortes chaleurs, ne manquent jamais de nous amener épidémiquement. Cette année, le froid a été longtemps vif, les vents de l'Est et du Nord ont dominé, et cette constitution atmosphérique nous a donné une foule de phlegmasies très-graves de l'appareil respiratoire. Ces maladies ont succédé aux maladies de l'encéphale, très-communes dans les six mois précédents, et qui depuis se sont montrées moins fréquentes.

II. *Pleuro-Pneumonie.*

Vingt-cinq malades atteints d'inflammation du parenchyme pulmonaire, sont entrés à l'hôpital pendant ce trimestre. Chez tous, les crachats sanglants et visqueux, et, en général, les modifications ordinaires du bruit respiratoire, la matité, la dyspnée, une douleur obtuse ou vive dans le thorax et le mouvement fébrile, rendaient évidente l'existence de la maladie. Nous ne comprenons pas dans ce nombre, quelques phthisiques qui ont présenté des signes de pleuro-pneumonie durant le cours de leur longue maladie.

Nous avons eu l'occasion de vérifier la fréquence relative de l'inflammation du poumon droit. Sur ces vingt-cinq malades, seize ont présenté la pneumonie droite, six la gauche, deux une pneumonie double; dans un cas, le siège n'a pas été déterminé. Chez deux malades, l'inflammation du poumon droit à sa base, a donné naissance à un ictère qui s'est promptement dissipé pendant la convalescence.

La pleuro-pneumonie est une des maladies contre lesquelles les secours de l'art se montrent le plus efficaces; le succès est presque toujours assuré quand on peut y recourir de bonne heure, qu'on les emploie avec énergie et persévérance, et que le malade est encore vierge de maladies de poitrine. La saignée générale forme la base de notre traitement; nous la répétons deux fois par jour, et en général jusqu'à ce que le sang cesse de teindre les crachats et que la diminution simultanée des autres symptômes, annoncent que la résolution a fait assez de progrès pour qu'une simple médecine expectante hygiénique suffise désormais à la rendre complète. Nous avons bien souvent remarqué qu'une seule saignée pratiquée dans la journée, ou un jour entier passé en la négligeant, faisait perdre un temps précieux pendant lequel le mal prenait plus de ténacité ou même une nouvelle vigueur. Les premières saignées sont communément de vingt ou de dix-huit onces, et les suivantes de seize à douze. Deux malades ont été saignés deux fois et les autres de trois à sept fois dans les deux à quatre ou cinq premiers jours.

Un des points les plus délicats de la médecine pratique, c'est d'oser à propos placer une nouvelle saignée lorsque plusieurs émissions sanguines ont déjà grandement affaibli le malade et déprimé son pouls, sans effacer les symptômes de la phlegmasie pulmonaire. Maintes fois nous avons vu en pareil cas, une dernière saignée de dix ou douze onces, qui aurait pu paraître très-chanceuse aux yeux du vulgaire, amener presque instantanément la convalescence. Le retour des forces est ensuite d'autant plus prompt, non que les saignées ont été moins fréquentes ou moins copieuses, mais que la phlegmasie est plus complétement éteinte. Les crachats encore teints de sang, des traces de couenne sur le caillot de la dernière saignée et la dyspnée, sont nos principaux guides dans cette circonstance.

Nous n'avons eu recours que neuf fois aux applications de sangsues ou de ventouses scarifiées sur le thorax; c'était spécialement lorsqu'un point douloureux annonçait une vive souffrance de la plèvre. Dix fois des vésicatoires ont été appliqués aux parties internes des cuisses ou des jambes, soit pendant les dernières saignées, soit immédiatement après. Quatre fois seulement cet épispastique a été placé sur la poitrine même. Chez cinq malades, auxquels les émissions sanguines aidées des révulsifs cutanés, n'avaient pu enlever les dernières traces de phlegmasie, nous avons administré avec succès le tartre stibié, depuis six jusqu'à quatorze grains par jour, dans une potion gommée édulcorée avec le sirop de pavots blancs.

A la fin du mois de mars, quinze de nos pneumoniques étaient sortis guéris, un se trouvait encore en traitement et cinq étaient en pleine convalescence. On sait que dans les hôpitaux militaires on ne peut accorder la sortie qu'à ceux qui sont en état de reprendre immédiatement les fatigues du service (1).

(1) C'est là une des grandes difficultés que rencontre le médecin dans la pratique des hôpitaux militaires. Qu'on nous permette ici une petite digression en faveur de l'intérêt qui s'y rattache. Lorsque la santé d'un homme a été violemment troublée par une maladie, lorsqu'il est rétabli d'une fièvre grave, par exemple, ou de quelque autre altération organique profonde, il ne suffit pas, pour lui rendre ses forces premières et le remettre en état de reprendre le pénible métier des armes, de le placer dans une salle de convalescents, de lui donner du vin, des aliments abondants, moyens incomplets qui amènent si souvent des rechutes et par conséquent un effet tout contraire à celui qu'on en attend; ce qu'il lui faut nécessairement encore, c'est de l'air, des moyens de le distraire, de le tirer de l'ennui et de l'oisiveté, auxquels il a tant de propension à s'abandonner, et surtout de l'exercice. Ces remarques que nous avons faites depuis longtemps, nous ont souvent fait désirer l'établissement, dans ces hôpitaux, d'exercices gymnastiques dans les cours, les jardins, sous des hangars, exercices qui seraient variés et gradués suivant le genre de la maladie passée

De nos vingt-cinq malades atteints de pleuro-pneumonie, quatre sont morts; mais, comme on va le voir, le hasard pouvait élever le chiffre de la mortalité, ce qui montre combien les statistiques comparatives des divers traitements d'une maladie peuvent induire en erreur, lorsqu'elles ne sont pas établies sur une vaste échelle et qu'on ne tient pas compte d'une foule de circonstances, telles que le temps, les lieux, l'état des malades à leur arrivée, etc. Chez le premier, qui nous vint des cantonnements éloignés de la rive gauche de l'Escaut, le poumon droit était le siége d'une vaste hépatisation et il nous fut enlevé le sixième jour de son entrée. Le deuxième succomba le cinquième jour, à une pleuro-pneumonie typhoïde qui arriva avec une extrême promptitude au plus haut degré d'intensité possible; dès le second jour, l'abdomen et les cuisses étaient couvertes de larges taches livides; il offrit à l'autopsie cadavérique une hépatisation au second degré d'une grande partie du poumon droit, avec de larges exsudations membraniformes sur la plèvre, et le développement ordinaire, mais sans ulcérations, des follicules de la fin de l'intestin grêle qu'environnait une vive rougeur de la muqueuse. Le troisième portait une pneumonie double et mourut inopinément le vingtième jour, après avoir laissé entrevoir quelque espoir de rétablissement. Le quatrième enfin succomba à une méningite qui survint au moment où l'inflammation pulmonaire approchait évidemment d'une heureuse solution. Nous allons rapporter brièvement ce fait qui peut donner lieu à quelques réflexions.

Un caporal du 13ᵉ de réserve, vingt-neuf ans, forces moyennes, disant avoir déjà souffert de la poitrine quelques années auparavant, entra à l'hôpital le 21 février; il avait depuis trois jours de la toux, de la gêne dans les mouvements respiratoires, une douleur sourde dans le côté gauche du thorax; les crachats visqueux, peu abondants, offraient une teinte d'un rouge clair; la respiration était obscure, mêlée de râle tenu, vers la base du poumon gauche, la peau chaude, le pouls plein et fréquent. Une saignée de dix-huit onces à l'entrée, deux autres saignées un peu moins copieuses le lendemain, amenèrent le troisième jour un amendement très-prononcé. Cependant cette amélioration ne s'étant pas soutenue, une nouvelle saignée de seize onces fut pratiquée le quatrième jour, et nous voulions revenir encore au même moyen, mais le malade, un peu inquiet, nous dit : si on me saigne encore, je suis mort! Nous nous bornâmes aux adoucissants, à l'emploi de quelques révulsifs cutanés et nous cherchâmes à le convaincre du peu de danger de sa situation; en effet, le sang cessa bientôt de teindre les crachats et les fonctions respiratoires se rapprochèrent assez promptement de l'état normal. La convalescence paraissait décidée, lorsque, le huitième jour, un mouvement fébrile sans frisson, mais suivi d'une sueur générale, se manifesta au milieu de la journée et se renouvela de même le lendemain, après une apyrexie complète de toute la matinée. Le dixième jour, fièvre intense dès le matin; le malade avait eu des rêvasseries pendant la nuit; traits animés, sécheresse de la bouche, sans rougeur ni enduit de la langue, soif très-vive, abdomen légèrement tendu et sensible, quelques selles liquides; seize sangsues à l'épigastre ne produisirent aucun soulagement; au contraire, la fièvre, l'agitation et le délire furent extrêmes pendant la nuit et ces troubles avaient à peine un peu cédé le onzième jour, à notre visite du matin. Seize sangsues furent appliquées aux jugulaires et des vésicatoires aux jambes. Dans la soirée, l'état étant le même, le médecin de garde renouvela l'application des sangsues qui donnèrent beaucoup de sang. Le lendemain, douzième jour, affaissement profond, décomposition des traits, tremblement des membres, carphologie, selles et urines involontaires, et mort dans la journée.

A l'autopsie cadavérique, faite vingt heures après, nous ne trouvâmes aucune altération dans les organes abdominaux; le poumon gauche offrait encore un léger engouement à sa base; point d'autres traces d'inflammation pleurale qu'une faible adhérence récente entre les lobes du même côté; l'arachnoïde de la périphérie du cerveau était injectée en plusieurs points, le tissu cellulaire sous arachnoïdien et les ventricules contenaient une assez grande quantité de sérosité; la substance corticale présentait un pointillé abondant d'un rouge brun.

Cette observation peut être l'objet de quelques remarques. Et d'abord, à l'apparition des accès fébriles, le sulfate de quinine, administré à propos, en lavements par exemple, n'aurait-il pas pu contrebalancer efficacement la tendance au développement de cette méningite, chez cet homme dont le moral était affecté et qui avait déjà été soumis à plusieurs saignées? C'est une pensée que nous avons eue et un doute qu'il est surtout permis d'émettre dans la contrée où nous pratiquons. Cependant à l'époque dont nous parlons, les fièvres intermittentes étaient rares et légères, et cette circonstance rassurante, qui nous invitait à une observation ultérieure avant d'agir dans ce sens, justifie notre temporisation. D'autre part, on ne

---

et le degré de force des malades. Nous nous bornons pour le moment à émettre ici cette idée, qui mérite d'être examinée et approfondie. Pendant l'été de 1826, à l'époque de l'épidémie qui régnait à Groningue, nous eûmes aussi, à Anvers, une foule de fièvres graves, après lesquelles les malades conservaient une pâleur extrême et une faiblesse que le séjour à l'hôpital perpétuait indéfiniment. Il leur fallait d'autres rapports, de l'air, du mouvement; c'est faute des moyens de leur procurer, dans l'établissement, tous ces agents indispensables à leur rétablissement complet, que nous nous trouvâmes dans la nécessité de solliciter l'autorisation de faire promener nos convalescents en dehors, en corps, avec les ménagements qu'exigeait leur situation, et cette mesure eut les plus heureux résultats.

considère souvent pas assez combien une évacuation sanguine forte et subite, est dangereuse dans maints cas d'inflammation intra-crânienne, qui, théoriquement parlant, sembleraient le plus l'exiger. Nous avons vu de graves inflammations de l'encéphale promptement suivies d'une terminaison funeste après une copieuse saignée artérielle; ce moyen violent jette d'autant plus facilement le malade dans une sydération irrémédiable, que les fonctions nécessaires à la vie sont plus profondément enrayées par les désordres de l'innervation, et que le principe vital a déjà reçu antérieurement de plus graves atteintes sous l'influence de passions tristes auxquelles le malade a été en butte.

Quoi qu'il en soit, cet homme a succombé, non à la pneumonie, mais à une méningite très-insidieuse, et nous aurions pu nous dispenser de le comprendre dans notre statistique des inflammations du poumon.

Un autre de nos pneumoniques a encore offert des symptômes nerveux, mais il a été plus heureux que le premier. Nous allons en esquisser rapidement l'histoire (1).

Un soldat du bataillon de l'Escaut, vingt-cinq ans, constitution peu forte, souffrant de la poitrine depuis quatre jours, toussant, expectorant des crachats sanglants, fut apporté à l'hôpital le 25 février; il venait du village de Calloo, il était resté cinq heures en chemin, il avait traversé l'Escaut, et ce long et pénible voyage par un froid vif, avait nécessairement beaucoup aggravé son état. En effet, l'inflammation, à son arrivée, avait envahi une grande partie du poumon droit. Il avait été saigné avant son départ du cantonnement; cinq saignées de dix-huit, seize, quatorze onces, furent encore pratiquées dans les quatre premiers jours de son entrée et un vésicatoire fut appliqué sur le côté malade. La phlegmasie du parenchyme pulmonaire commençait à céder, lorsque l'on remarqua que son sommeil était agité, troublé par de continuelles rêvasseries, et bientôt le délire parut et devint continu, avec pâleur et altération profonde des traits de la face; l'abdomen était légèrement ballonné, il y avait absence de selles depuis plusieurs jours. Tel était l'état du malade le sixième jour de son entrée; nous prescrivîmes quatre grains de calomel en une dose et des vésicatoires aux jambes: point d'amendement, pas d'évacuations alvines. Le septième jour, nous lui fîmes prendre douze grains du même sel en quatre doses, partagées de deux heures en deux heures; il eut deux selles pendant la nuit. Le huitième jour tous les symptômes cérébraux avaient complètement disparu, et il ne restait, du côté des organes respiratoires, qu'une toux rare, amenant facilement des crachats muqueux. Le neuvième jour, l'action du sel mercuriel s'était déjà fait légèrement sentir aux gencives, et la convalescence était si bien établie, que nous accordâmes deux soupes au lait aux instances du malade. L'affection gingivale ne fit pas de progrès et aucun accident ne vint entraver la guérison qui fut rapide et complète.

Nous avons eu de fréquentes occasions d'apprécier l'efficacité du calomel dans les méningites, après l'emploi des évacuations sanguines ou pendant leur usage, et ce fait vient encore la confirmer. Mais pour qu'il se montre utile, il nous a toujours paru nécessaire qu'il fût absorbé, du moins en partie; ce n'est donc pas comme révulsif, mais comme modificateur spécial des organes malades que nous employons ce précieux agent thérapeutique, et nous n'y avons pas recours, ou nous cessons son usage lorsqu'il existe ou qu'il provoque de la diarrhée. Le malade dont nous venons de parler se trouvait dans les conditions les plus favorables à son emploi, et la promptitude de son action sur la bouche, montre avec quelle célérité il a influencé l'économie. Peut-être n'a-t-il pas été sans influence en même temps, sur la résolution complète de la phlegmasie pulmonaire.

Parmi les nombreuses maladies de l'appareil respiratoire, qui se sont montrées pendant ce trimestre, nous avons eu à traiter quelques cas d'inflammation bornée à la plèvre. Deux pleurésies droites se sont terminées par un vaste épanchement. Chez l'un des malades, nous sommes parvenu à nous en rendre maître. L'autre, qui nous avait été envoyé de la garnison de Saint-Bernard, et qui avait déjà éprouvé à deux reprises des atteintes de pleurésie, offrit les signes les plus manifestes du pneumo-thorax, et entre autres, la respiration amphorique et le tintement métallique; il succomba le septième jour de son entrée et l'autopsie du cadavre confirma l'exactitude du diagnostic.

III. *Variole*, *varioloïde*.

C'est dans le trimestre d'automne qu'apparaissent communément ces exanthèmes dans notre hôpital; ils deviennent bientôt de plus en plus rares et ils cessent de se montrer durant le reste de l'année. Les deux derniers mois du trimestre précédent nous avaient donné une variole confluente très-grave, chez un homme qui disait avoir été vacciné sans succès dans son enfance; deux varioles semi-confluentes chez des hommes qui aussi se disaient vaccinés, mais qui n'en portaient pas de cicatrices visibles; enfin, quatre varioloïdes, qui eurent pour principal caractère différentiel, une période de suppuration et de dessiccation plus courte; deux des malades qui en étaient affectés, offrirent des traces manifestes de vaccine. Tous ces malades guérirent, le premier, toutefois, non sans avoir eu une conva-

(1) Les longues histoires nous font peur, surtout quand elles renferment des détails dont on peut faire grâce au lecteur intelligent. Le célèbre Baglivi comptait avec raison, selon nous, du moins en maintes circonstances, parmi les embarras de la science : *Intermissum studium tractandi de morbis aphoristice*. Op. omn., Cap. III et IX.

lescence pénible, troublée par de nombreux abcès sous-cutanés.

Nous avons observé depuis longtemps que la variole vraie et grave ne se manifeste que chez des hommes qui n'ont pas été vaccinés, et que ceux qui l'ont été et qui en portent positivement les marques, ne sont en général atteints que de la varioloïde, nuance de la variole quelquefois assez intense à la vérité, mais que nous n'avons jamais vue suivie d'une terminaison funeste. Nous ne croyons donc pas à la nécessité bien positive des revaccinations, mais bien à celle de ne pas négliger la vaccine. Nous pensons qu'on devrait soumettre indistinctement à cette opération, tous les hommes qui ne portent pas de bonnes cicatrices qui prouvent qu'elle a été pratiquée et qu'elle a réussi.

Deux hommes atteints de variole sont encore entrés à l'hôpital dans le mois de janvier. L'un d'eux, qui se croyait vacciné, mais sur lequel nous ne découvrîmes aucune cicatrice, eut une variole confluente des plus graves, qui parcourut toutefois assez régulièrement ses périodes; cependant la convalescence fut incertaine, la peau s'ulcéra en plusieurs points, continua à fournir une suppuration fétide; le malade s'amaigrit, fut pris de délire et mourut le 27e jour de sa maladie. L'autre malade eut une variole semi-confluente et guérit; il disait n'avoir jamais été vacciné.

En général, les boissons adoucissantes abondantes, la diète, une température douce, une extrême propreté, l'isolement, sont les moyens auxquels nous avons recours; des cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures, sont opposés à l'agitation, à la tendance au délire, qui se manifestent souvent à l'époque de la suppuration; un liniment huileux adoucit les douleurs causées par la tuméfaction de la face; des arrosements d'eau chlorurée autour du lit, dissipent ou au moins diminuent l'odeur fétide qui s'exhale lorsque la suppuration est établie.

Ayant observé plus d'une fois que des malades atteints de variole confluente mouraient subitement à l'époque de la suppuration, au moment où ils semblaient toucher à la convalescence, et croyant avec l'illustre Dehaen (1) que ce funeste accident est dû à la résorption du pus, porté instantanément vers un organe important, le cœur ou le cerveau peut-être, nous avons pensé qu'on pourrait le prévenir en se hâtant de combattre la profonde débilité dans laquelle est déjà tombé le malade à cette époque, débilité si propre à favoriser cette résorption, et, sans attendre que la fièvre de suppuration soit entièrement calmée, nous prescrivons en conséquence, vers le huitième ou neuvième jour, une décoction de quinquina, et, un peu plus tard, des bouillons, de l'eau rougie pour boisson; et, soit par l'effet de ces moyens, soit par hasard, car nous ne nous dissimulons pas combien, en médecine, l'expérience est trompeuse et le jugement difficile, aucun malade affecté de variole confluente, n'a depuis succombé ainsi d'une manière subite.

IV. *Rougeole.*

Durant ces trois mois, tandis que l'épidémie de rougeole, qui avait exercé en ville de si cruels ravages parmi les enfants (1), était déjà très-avancée dans sa période de décroissance, nous avons reçu à l'hôpital dix-neuf malades atteints de cet exanthème. Nous avions souvent observé, dans cet établissement, des épidémies de scarlatine, mais jamais la rougeole ne s'y était ainsi montrée. Les cas ont été plus nombreux dans le mois de mars que dans les mois précédents; le 20, dix malades se trouvaient à la fois en traitement. Quoique, en général, les petites taches, souvent assez saillantes, fussent très-rouges, très-rapprochées au visage, les muqueuses oculaire, nasale et laryngo-bronchique très-irritées et le mouvement fébrile assez vif, la maladie n'a pas offert d'intensité et a promptement cédé comme de coutume, aux boissons adoucissantes, à la diète, à la douce chaleur du lit. Une saignée à laquelle fut joint dans le premier cas l'emploi des révulsifs cutanés, fit cesser le délire chez un malade, calma une forte irritation bronchique chez un autre, et une fièvre violente chez un troisième. Un seul malade, soldat du 7e de ligne, venu d'un des faubourgs, où une application de sangsues à la poitrine lui avait déjà été faite, eut une bronchite extrêmement intense, qu'accompagna bientôt un engouement très-étendu des deux poumons, et il succomba le seizième jour de son entrée.

Les irritations du larynx, annoncées particulièrement par l'aphonie ou une simple altération de la voix, très-communes pendant ce trimestre, se montrèrent surtout dans la rougeole. L'aphonie fut très-rebelle chez un malade qui nous arriva de la Tête-de-Flandres; cet homme avait traversé l'Escaut et fait un assez long trajet par un froid très-vif, déjà couvert de l'éruption morbilleuse, et il en fut quitte pour ce seul accident. De même que les médecins, les malades sont souvent plus heureux que sages. Ce fait nous remit en mémoire celui d'un Suisse de l'ancien 29e régiment. S'étant

(1) *Undenam subita mors aliquoties maturis in variolis, sine ullo pustularum prolapsu, imo cum pustulis ipso in cadavere pure scatentibus? Pus potest in extantibus papulis manere, sed de toto panniculo adiposo resorberi, cum sanguine ad vitalia loca deferri et sic præscindere vitam,* De Haen, Rat. medendi, pars II, cap. 3.

(1) D'après les faits dont nous avons été témoin, nous sommes porté à penser qu'un grand nombre de ces enfants a succombé à la pneumonie, maladie si fréquente et si souvent méconnue dans le bas âge. La rigueur de la saison, et peut-être encore la coqueluche qui avait régné antérieurement et qui avait laissé une grande susceptibilité dans les organes respiratoires, ont sans doute contribué à accroître la fréquence de cette funeste complication.

senti de la fièvre, celui-ci avala d'un trait, *pour la couper*, environ une pinte de genièvre; cette fièvre n'était que le prodrome d'une scarlatine, qui se déclara à l'hôpital où il fut envoyé le même jour, parcourut ses périodes et guérit comme si rien n'eût été. Heureusement que nos Suisses étaient faits à l'usage de ce fébrifuge, ce qui explique l'innocuité de la dose un peu forte.

V. *Hydrocéphale aiguë.*

Une maladie obscure et insidieuse vers son début, mais qui s'est montrée assez souvent dans notre hôpital pour que nous ayons pu apprendre à en préciser de bonne heure le caractère, c'est l'hydrocéphale aiguë des ventricules, maladie moins rare chez les jeunes enfants que chez les adultes, et qui, nous le pensons, est presque constamment mortelle dans tous les cas. Elle nous a paru affecter de préférence les hommes faibles et délicats, à peau blanche, à cheveux blonds ou chatains, et peut-être que le regret trop vivement senti du foyer domestique est pour quelque chose dans son développement. Un mal de tête se fait d'abord sentir; il n'est pas assez intense dans le principe pour forcer le malade d'interrompre entièrement son service; plusieurs nous ont confessé en avoir été tourmentés quinze jours et plus avant leur entrée à l'hôpital, de sorte que l'époque du début est communément difficile à déterminer. Lorsque le malade est enfin obligé de venir réclamer nos soins, la céphalalgie est vive, continue; il n'existe pas de mouvement fébrile, souvent même le pouls est lent; la respiration est calme, la langue fraîche, la peau conserve sa chaleur normale; cependant on remarque dans le regard une sorte de nonchalance, d'apathie qui éveillent l'attention; les pupilles sont dilatées; quoique les facultés intellectuelles soient intactes, l'œil tend à devenir fixe lorsqu'on laisse un instant le malade à lui-même; il y a de la propension à l'assoupissement, mais le sommeil est agité, le malade porte sa tête à droite et à gauche, il la cache sous ses couvertures, souvent il fait entendre des grincements de dents, et il pousse par intervalle des cris aigus; ces cris, que Coindet a appelés hydrencéphaliques, n'ont manqué dans aucun des cas que nous avons observés. Quelquefois il y a un peu de délire, mais il est fugace. Peu à peu la fixité du regard augmente, les pupilles s'élargissent davantage et presque toujours inégalement; il est rare qu'un strabisme plus ou moins prononcé ne se joigne pas à ces phénomènes. Enfin, la céphalalgie devient obscure, les urines cessent d'être rendues, la fièvre survient, l'assoupissement augmente, le malade porte sans cesse ses doigts à ses narines, cherche encore à tirer ses couvertures par-dessus sa tête; le coma fait des progrès, ses membres, depuis longtemps affaiblis, tombent dans une résolution complète et la mort arrive vers la fin du deuxième ou troisième septenaire, et souvent plus tard peut-être, car nous avons lieu de penser que l'époque de l'invasion est souvent plus ancienne qu'on ne le croit.

A l'autopsie du cadavre, lorsqu'après avoir enlevé la voûte crânienne, on coupe le cerveau par tranches horizontales très-minces, on aperçoit bientôt, dans le centre ovale, deux saillies formées par la paroi supérieure des ventricules latéraux, que distend fortement une sérosité abondante; cette dilatation s'étend le plus ordinairement aux troisième et quatrième ventricules. La substance cérébrale est pâle, les vaisseaux sanguins sont affaissés. Nous avons toujours trouvé la cloison interventriculaire détruite et la voûte à trois piliers ramollie; jamais nous n'avons vu le ramollissement s'étendre au corps calleux, aux couches des nerfs optiques, ni aux corps striés; quelquefois un ramollissement complet et diffluent de la voûte à trois piliers avait altéré la limpidité du liquide épanché et lui donnait l'apparence du sérum tenant en suspension de la matière caséeuse. Les méninges de la périphérie, souvent dans un état remarquable de sécheresse, ont rarement offert de l'injection, et nulle part il n'existait des traces d'inflammation, à moins qu'on ne veuille attribuer à l'inflammation le ramollissement central de la pulpe cérébrale; mais il nous a paru que le ramollissement était toujours d'autant plus étendu et diffluent que la maladie avait eu plus de durée, ce qui porterait à faire croire que cet état est plutôt secondaire que primitif.

Tels sont en partie les symptômes et les altérations cadavériques que nous a présentés un soldat du 7ᵉ de ligne, entré vers le milieu de décembre et qui mourut le 22 janvier; et un fait semblable dont nous avions encore été témoins dans le trimestre précédent a beaucoup contribué à nous faire asseoir, dès le principe, un diagnostic précis de sa maladie. Le premier portait en même temps des tubercules disséminés dans les poumons, et l'on sait que, dans ces derniers temps surtout, plusieurs médecins ont regardé l'hydrocéphale aiguë comme une méningite tuberculeuse, et signalé l'existence constante, dans cette maladie, de granulations tuberculeuses autour des vaisseaux et particulièrement des artères cérébrales moyennes, dans les scissures de Sylvius et les anfractuosités cérébrales voisines. Notre attention n'avait pas encore été appelée sur cette altération, et nous regrettons de n'avoir pas porté nos recherches vers ce point intéressant d'anatomie pathologique.

Dans un autre cas d'hydrocéphale aiguë qui s'est présenté antérieurement à notre observation, nous avons noté des signes de compression inégale du cerveau, consistant en une résolution complète des membres d'un côté, ceux du côté opposé n'étant qu'affaiblis, et ce phénomène ayant disparu tout à coup par les progrès de la maladie, nous avons été porté à en conclure que la sérosité, plus abondante d'abord dans un ventricule, avait comprimé l'hémisphère cérébral correspondant au point de donner

naissance à l'hémiplégie, et que cette compression avait cessé à l'instant où la cloison interventriculaire, détruite par le ramollissement, avait permis au liquide de passer en partie du côté opposé.

Le traitement le plus actif, les émissions sanguines, le calomel à l'intérieur, la révulsion cutanée et même le vésicatoire appliqué sur le cuir chevelu, n'ont pas eu d'influence sur la marche de cette maladie, sur laquelle l'attention sérieuse du malade et du médecin n'est ordinairement appelée que bien tard, et qui d'ailleurs doit offrir peu de ressources, s'il est vrai qu'une funeste dégénérescence tuberculeuse en provoque lentement le développement.

VI. *Ophthalmie pustuleuse ou vésiculeuse ; granulations des paupières supérieures.*

L'ophthalmie dite militaire ou de l'armée, ayant, comme de coutume, aux premiers froids de l'automne, diminué, puis suspendu ses attaques, pour les recommencer au printemps, nous avons eu à traiter, pendant son interrègne, une singulière variété d'affections oculaires. Nous avons reçu à l'hôpital, pendant les trimestres d'automne et d'hiver, une foule de sclérotites ou ophthalmies rhumatiques, si lentes dans leur marche et dont les récidives sont si faciles ; diverses nuances de kératites, soit aiguës, soit entretenues à l'état chronique par des aspérités granuleuses de la paupière supérieure ; des blépharites catarrhales et autres ; une choroïdite, dans laquelle l'inflammation envahit la séreuse de l'œil et détermina une synéchie postérieure et une exsudation floconneuse derrière l'ouverture pupillaire, etc. Mais de toutes les formes d'altérations dont les yeux peuvent être le siége, aucune ne s'est présentée plus fréquemment, surtout dans ce trimestre, que l'ophthalmie pustuleuse ou vésiculeuse.

Les petites pustules ou vésicules qui apparaissent sur la conjonctive scléroticale et se transforment bientôt en une sorte de bourgeon d'apparence graisseuse ou charnue, entouré d'une forte vascularité, avec sensibilité vive et larmoiement les premiers jours, ou qui se prononcent sur le rebord ou les parties centrales de la cornée et y sont le prélude d'une ulcération, ou tout au moins d'une tache sur le miroir de l'œil, étaient évidemment, chez les uns, un accident commun à l'ophthalmie catarrhale, et chez d'autres un phénomène propre à l'ophthalmie scrofuleuse. Mais nous les avons très-souvent observées dans d'autres circonstances encore, qu'il n'est pas sans intérêt de signaler ici.

Des hommes qui présentaient cette altération, soit sur la conjonctive, soit sur la cornée, où elle donnait communément lieu au développement d'une tache, offraient en même temps, autour des narines, à la lèvre supérieure, dans les sourcils ou près des oreilles, une éruption, également de nature vésiculeuse ou pustuleuse, qui se changeait très-promptement en squammes ou en croûtes jaunâtres, sèches ou humides (eczema, impetigo), lesquelles tardaient assez longtemps à se détacher et laissaient les parties tégumenteuses plus ou moins de temps rouges et recouvertes çà et là de petites croûtes ou de lamelles, autour desquelles l'éruption reparaissait fréquemment. Il existait dans ces cas une connexion évidente entre l'éruption dont les téguments de la face étaient le siége et celle qui affectait les yeux ; cependant nous n'avons pas cru devoir lui donner le nom d'ophthalmie herpétique, dartreuse, impétigineuse, parce que ces dénominations indiquent plutôt, suivant les auteurs, l'existence d'une nuance de blépharite qui n'existait pas dans ces cas. Ce qu'il y a de remarquable, c'est la fréquence de cette affection à l'époque dont nous parlons, durant laquelle nous avons observé d'ailleurs un assez grand nombre de maladies de la peau.

Elle n'a toutefois provoqué aucun accident grave et elle se terminait le plus communément en deux ou trois septenaires, si ce n'est dans les cas où un point de la cornée avait été altéré ; on conçoit qu'alors la guérison complète a dû se faire attendre plus longtemps.

Une saignée, la diète, le séjour au lit, l'emploi de pédiluves chauds, sont toujours utiles, d'abord pour combattre l'excès d'irritation dont les yeux sont le siége ; mais rien, selon nous, ne dissipe aussi sûrement et aussi promptement la vascularité, la sensibilité et le larmoiement, que le crayon de pierre infernale porté sur le point central primitivement affecté. Nous répétons cette cautérisation tous les deux ou trois jours, jusqu'à ce que toute injection ait disparu, et les jours intermédiaires, nous instillons, deux fois dans la journée, quelques gouttes de laudanum entre les paupières. Lorsque la pustule a son siége sur la cornée, l'irritation est plus difficile à vaincre et les rechutes sont plus fréquentes. Dans ce cas, des fomentations d'eau de Goulard tiède se sont montrées utiles pour calmer l'irritation et préparer le succès des instillations de laudanum. Des purgatifs composés de calomel et de poudre de rhubarbe ou de jalap, mêlés à un extrait amer, nous ont paru accélérer et assurer la guérison. Quant à l'éruption qui avait son siége sur les téguments de la face, nous l'avons également combattue par la pierre infernale, lorsqu'elle résistait aux évacuants et aux émollients locaux.

Nous nous sommes particulièrement occupé, pendant ce trimestre, du traitement des granulations de la paupière supérieure par le pinceau chargé de nitrate d'argent. Au lieu de frotter le pinceau humide sur un morceau de pierre infernale, comme nous le faisions auparavant, ce qui est long et incommode, nous l'avons trempé dans une solution composée de parties égales en poids, de ce sel et d'eau distillée. Nous avons soin de ne pas trop charger le pinceau, de manière à ce qu'il ne puisse pas faire tache, puis nous étendons, avec autant de précision qu'un peintre ses couleurs,

une couche uniforme de cette solution sur toute l'étendue de la muqueuse granulée, y compris les replis boursouflés voisins du globe de l'œil, faciles à atteindre en portant la pointe du pinceau derrère le cartilage tarse renversé ; un autre pinceau légèrement imbibé d'huile douce, est ensuite passé sur les parties blanchies par le caustique. Comme l'a ingénieusement imaginé M. le médecin de régiment Loiseau pour le crayon de nitrate d'argent (1), nous fixons les deux pinceaux aux extrémités d'une même tige, et il suffit de retourner celle-ci entre les doigts pour terminer l'opération. Cette cautérisation est douloureuse, mais elle l'est un peu moins que celle par le crayon ; elle a l'avantage d'effrayer moins les malades qui s'y soumettent facilement ; elle est plus égale, plus régulière, plus susceptible d'être conduite avec précision partout où elle est nécessaire ; elle est tout aussi efficace, car deux à quatre cautérisations ont suffi en général à la guérison complète ; enfin elle n'a jamais donné lieu au développement de taches, d'ulcérations sur la cornée transparente, accidents que nous avons si souvent observés à la suite de l'autre (2). Dans les cas où les replis boursouflés, situés entre le bord adhérent du fibro-cartilage tarse et le globe de l'œil, offraient de longues séries de granulations volumineuses, nous les avons d'abord excisées superficiellement avec des ciseaux courbés sur leur plat, avant de recourir à l'emploi du pinceau, ce qui abrège beaucoup la durée du traitement.

Anvers, 2 avril 1839.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL DE GENÈVE ; par le docteur H. C. LOMBARD, médecin de cet hôpital.

Études cliniques sur divers points de l'histoire des fièvres bilieuses et typhoïdes.

Les études cliniques que je viens faire connaître par ce mémoire ont porté sur divers points de l'histoire des fièvres bilieuses et typhoïdes. J'ai cherché à reconnaître s'il existait une fièvre ou maladie bilieuse indépendante de la fièvre typhoïde et si des symptômes et des lésions caractéristiques pouvaient être assignés à ces deux ordres de maladies. J'ai été conduit, par cette recherche, à reconnaître l'existence des cas légers de fièvre typhoïde. J'ai décrit un cas récent de développement des plaques de Peyer et étudié les lésions intestinales des premiers jours de la fièvre typhoïde. Je fais ensuite connaître le résultat de mon observation sur la contagion de cette maladie, sur l'influence des saisons quant au développement des fièvres typhoïdes, sur la mortalité qui en est la conséquence, et sur le meilleur traitement hygiénique et thérapeutique que l'on puisse opposer à la dothinentérite. Telles sont les questions qui m'ont occupé et sur lesquelles je vais attirer l'attention du lecteur.

Existe-t-il une fièvre bilieuse indépendante de toute inflammation gastro-hépatique et différente de la fièvre typhoïde? Y a-t-il des caractères bien tranchés pour distinguer une fièvre bilieuse d'une fièvre typhoïde, ou bien ces deux maladies ne sont-elles que des degrés différents de la dothinentérite? Telles sont les questions qui se sont souvent présentées à mon esprit et que j'ai cherché à résoudre par l'observation clinique. Malheureusement les faits qui ont pu servir à mes recherches sur cet objet sont trop peu nombreux pour entraîner la conviction et trancher définitivement la question ; mais il me suffira de montrer l'intérêt que présente la solution de ce problème pour que d'autres praticiens cherchent à le résoudre avec des faits plus nombreux et dans des localités où toutes les nuances des fièvres bilieuses et typhoïdes s'offrent fréquemment à leur observation.

Il n'est, certes, pas difficile de distinguer un simple embarras gastrique fébrile et non fébrile d'une fièvre typhoïde bien caractérisée ; mais lorsque celle-ci est peu grave, lorsque les symptômes caractéristiques manquent en partie, c'est alors que la distinction devient plus difficile ; et, d'autre part, lorsqu'un embarras gastrique se prolonge, s'accompagne de quelques symptômes nerveux, de diarrhée et d'éruption typhoïde, n'est-il pas aussi très-difficile de le distinguer d'une fièvre typhoïde? Mais, avant d'étudier cette question par les symptômes, recherchons si l'anatomie pathologique peut nous fournir quelques lumières.

La fièvre bilieuse de nos climats tempérés cause trop rarement la mort pour que nous ayons l'occasion de reconnaître la nature des lésions anatomiques ; cependant il est des cas où l'ensemble des symptômes n'a fait reconnaître qu'une fièvre bilieuse et dont cependant la terminaison a été fatale. Je sais qu'il est bien difficile d'établir d'une manière indubitable l'absence de toute inflammation gastro-hépatique dans les cas que l'on désigne sous le nom de fièvre bilieuse ; mais si l'on considère que le traitement évacuant par émétique et purgatif, qui guérit avec rapidité les symptômes d'embarras gastrique fébrile ou non fébrile, devrait nécessairement les aggraver s'ils dépendaient d'une inflammation gastro-hépatique, l'on est conduit à admettre qu'il y a des cas où l'élément bilieux joue un rôle plus important que l'élément inflammatoire. D'ailleurs, la

---

(1) Voy. *Annales de la Société de médecine de Gand*, année 1838, p. 437.

(2) Voy. *Annales d'oculistique et de gynécologie*, décembre 1838, p. 181, et avril 1839.

marche des fièvres bilieuses qui se prolongent souvent deux ou trois septenaires, sans aggravation ou diminution bien notable, peut être considérée comme les différenciant suffisamment de la marche des maladies inflammatoires. Enfin, dans les cas qui se sont terminés par la mort, l'on ne trouve quelquefois aucune trace d'inflammation hépatique ou gastro-intestinale, en sorte qu'on est conduit à admettre l'existence d'une maladie bilieuse différente de l'hépatite ou de la gastro-entérite. Mais avant d'aller plus loin, je citerai les seuls faits de fièvre bilieuse que j'ai vus se terminer par la mort.

Dans le courant de l'été de 1836 et à la suite de chaleurs très-prolongées, pendant lesquelles j'eus l'occasion de soigner plusieurs cas d'embarras gastrique fébrile et non fébrile, deux femmes âgées réclamèrent mes soins. L'une d'elles avait soixante et quatorze ans, et jusqu'alors avait conservé toute sa force et toute son activité, lorsqu'elle fut prise de diarrhée, revenant par crises assez fréquentes; environ huit jours après l'apparition de la diarrhée, des vomissements porracés, verdâtres et peu abondants sont venus compliquer la maladie et ont nécessité le séjour au lit. C'est alors que je fus appelé et que je trouvai la malade dans l'état suivant: le pouls est plein, assez vif, sans fréquence, de 60 à 68, un peu intermittent, la langue est rouge et un peu sèche, la soif vive, l'épigastre est un peu douloureux sous la pression, l'abdomen est mou, indolent, sans apparence d'éruption typhoïde; les vomissements reviennent huit à dix fois par jour; ils sont complétement bilieux; les selles sont fréquentes, liquides, jaunâtres et assez abondantes; il n'y a jamais eu ni céphalalgie, ni surdité, ni bourdonnements d'oreille, ni délire. Cet état dura sept semaines sans changements bien notables et sans mouvement fébrile bien prononcé; la malade succomba après avoir beaucoup maigri, mais sans prostration bien considérable. L'ensemble des symptômes que je viens de décrire paraissait bien reconnaître pour cause une surabondance de bile; mais ils pouvaient aussi dépendre d'une gastro-duodénite. Malheureusement l'autopsie ne put être faite, en sorte que je serais resté dans le plus grand doute si, à peu près à la même époque, un nouveau cas de la même maladie ne s'était présenté à mon observation.

Une dame, âgée de cinquante-huit ans, me fit demander après quinze jours de maladie; elle avait alors des vomissements bilieux très-abondants, des selles jaunâtres et fréquentes, beaucoup de prostration, la langue sèche et rouge, une soif intense, un peu de céphalalgie, mais ni de vertiges, ni de bourdonnements d'oreille, ni de surdité; l'abdomen était un peu douloureux sous la pression de la région épigastrique, indolent partout ailleurs; le pouls était plutôt lent, la peau chaude et brûlante; il n'y avait aucune trace d'éruption typhoïde. La maladie parcourut les mêmes phases que celle de la malade précédente; les vomissements et la diarrhée bilieuse résistèrent à toutes les médications, et il n'y eut aucun symptôme typhoïde pendant les six semaines que dura cette affection. A l'autopsie, je ne trouvai aucune lésion qui pût me rendre compte de la mort. La muqueuse de l'estomac n'était ni épaissie, ni injectée, ni ramollie, et, en un mot, d'apparence tout à fait normale; le duodénum, le jéjunum et l'iléum étaient remplis de bile jaunâtre, qui avait coloré la membrane muqueuse; celle-ci n'était ni injectée, ni ramollie, ni tuméfiée. Les plaques de Peyer n'étaient point apparentes, non plus que les follicules isolés; il n'y avait point d'ulcération ni de cicatrice récente autour de la valvule et dans la partie inférieure de l'iléum. Le gros intestin présenta cette même absence de toute lésion anatomique; le foie était de couleur normale, ses deux substances étaient distinctes et sans altération aucune ni de dimension, ni de couleur, ni de consistance; les vaisseaux ne paraissaient ni dilatés, ni rétrécis; la vésicule du fiel était assez distendue par de la bile verdâtre très-liquide; le péritoine hépatique présentait la même absence de lésion.

Voilà donc deux cas de fièvre bilieuse mortelle; dans le premier, l'âge de la malade et l'absence de tout symptôme morbide des centres nerveux ne permettent pas d'admettre qu'il y eût eu fièvre typhoïde; dans le second cas, ce n'est plus une probabilité, mais une certitude, puisque l'autopsie n'a révélé aucune lésion des plaques de Peyer. Le second cas que je viens de citer ne peut pas mieux être rapporté à une inflammation du foie, de l'estomac ou du duodénum, puisque ces organes n'ont présenté aucune lésion anatomique qui pût être considérée comme le résultat de l'inflammation, et que l'on se rappelle bien que la maladie ayant duré six à sept semaines, et ayant entraîné la mort, les lésions anatomiques auraient dû être assez distinctes pour qu'il n'y eût aucun doute sur leur origine inflammatoire, tandis qu'on n'a trouvé qu'une grande surabondance de bile dans tout le canal intestinal. D'où l'ont est amené à conclure que la *polycholie* ou maladie bilieuse existe bien réellement et doit être distinguée, soit de la fièvre typhoïde, soit de l'inflammation hépatique ou gastro-duodénale.

Après avoir donné par l'anatomie pathologique la solution de la première question, passons à la seconde, qui consiste à rechercher s'il existe des symptômes distincts pour les fièvres bilieuses et les fièvres typhoïdes. Mais les faits que je viens de citer montrent qu'il y a des cas de maladie bilieuse, dont les symptômes n'offrent aucune ressemblance avec ceux de la fièvre typhoïde; ces cas sont bien tranchés et

peuvent servir à démontrer les différences qui existent entre ces deux maladies ; nous y voyons que la distinction essentielle réside dans l'absence de symptômes typhoïdes, la persistance des vomissements et de la diarrhée et l'absence d'éruption lenticulaire sur l'abdomen. Mais il s'en faut que tous les cas de maladies bilieuses soient aussi tranchés que les précédents, et, dans certaines circonstances, la réunion de ces divers symptômes rend le diagnostic assez difficile.

La recherche des symptômes propres aux deux affections qui nous occupent m'a conduit à un résultat fort remarquable, c'est qu'il existe des cas si léger de maladie typhoïde que ceux qui en sont atteints ne sont pas alités, n'ont pas de fièvre et peuvent continuer leurs occupations. M. Bouillaud avait déjà énoncé cette opinion (1), mais sous forme dubitative, et il n'avait pu, comme je vais le faire, s'appuyer sur des ouvertures de cadavres pour démontrer la lésion des plaques de Peyer dans des cas si légers qu'on les aurait bien plutôt désignés sous le nom d'embarras gastrique ou de fièvre bilieuse légère que sous celui de fièvre typhoïde. Au reste, voici les preuves de cette assertion. En premier lieu, M. Louis (2) dit avoir rencontré l'éruption typhoïde quatre fois sur dix malades qui offrirent les symptômes de l'embarras gastrique plus ou moins prolongés, d'où il résulte que quatre personnes atteintes d'une maladie aussi légère que l'embarras gastrique présentaient cependant l'éruption lenticulaire, qui est un des symptômes les plus constants de la maladie typhoïde.

J'ai vérifié l'observation de M. Louis sur plusieurs malades atteints d'embarras gastrique et de fièvre bilieuse très-légère. En second lieu, chez un malade qui avait travaillé le matin même de sa mort, et qui n'avait point interrompu ses occupations les jours précédents, j'ai trouvé le boursoufflement des plaques de Peyer et toutes les lésions cadavériques d'une fièvre typhoïde. Enfin j'ai soigné un malade qui a présenté tous les symptômes considérés par MM. Louis et Chomel comme caractéristiques de l'affection typhoïde et qui a pu cependant venir me consulter chez moi, continuer ses occupations et mener la vie d'une personne bien portante. L'ensemble de ces documents me permet de conclure qu'il y a des degrés insensibles entre les cas les plus légers d'embarras gastrique et la fièvre typhoïde la plus grave ; mais comme cette conclusion pourrait paraître hasardée, si je ne l'appuyais sur les faits qui ont entraîné ma conviction, voici le détail de quelques-unes de ces observations.

(1) Il se pourrait bien, dit M. Bouillaud, que la simple fièvre bilieuse ou gastrique coïncidât avec un léger degré d'inflammation des plaques de Peyer, et qu'ainsi elle fût à l'entéro-mésentérite intense ce qu'est la variole bénigne à la variole intense ou confluente. (Clin. méd., t. I, p. 184.)

(2) Fièvres typhoïdes, t. II, p. 242.

Fièvre bilieuse très-légère avec éruption typhoïde.

Obs. I. — Un militaire, âgé de 22 ans, de constitution robuste et de taille assez élevée, habituellement bien portant, entre à l'hôpital le 24 septembre; il raconte qu'il a été pris, sans cause connue, depuis deux jours, de céphalalgie, de chaleur à la peau et de faiblesse des membres.

A son entrée, le pouls est à 100, la peau chaude, halitueuse; la céphalalgie occupe toute la tête; il n'y a ni vertiges, ni éblouissements, ni bourdonnements d'oreille ; la langue est blanche et humide ; il n'y a pas d'appétit depuis deux jours, pas d'évacuation alvine depuis la même époque ; l'abdomen est mou et indolent dans toute son étendue ; il n'y a pas de trace d'éruption typhoïde. (On prescrit un vomitif.)

Le 25 septembre, continuation de tous les symptômes, cessation de la céphalalgie, pouls à 80, langue humide et nette, n'accuse aucune douleur ; le vomitif a amené d'abondantes évacuations par les efforts de vomissements et par les selles. L'anorexie continue.

Le 26, le pouls est à 60, la langue est nette, n'accuse aucune douleur de tête, n'éprouve ni vertiges ni bourdonnements d'oreille ni éblouissements. L'abdomen est mou et indolent. Apparition de trois à quatre taches roses lenticulaires disparaissant sous la pression et tout à fait caractéristiques de l'éruption typhoïde. (On prescrit un purgatif salin.)

Le 27, a eu cinq à six selles par l'effet du purgatif, n'accuse aucune douleur et se sent parfaitement bien.

Le 28, demande sa sortie, l'abdomen examiné avec soin ne présente plus qu'une seule tache typhoïde ; il est du reste parfaitement bien, et sort guéri.

Fièvre bilieuse sub-typhoïde.

Obs. II. — Un jardinier, âgé de 30 ans, habituellement bien portant, a été pris, il y a quinze jours, après un bain froid, d'une diarrhée peu intense, et qui ne l'a point empêché de continuer son travail. Il y a neuf jours qu'il a ressenti de la céphalalgie, des bourdonnements dans les oreilles, des éblouissements, des douleurs dans tous les membres, de la faiblesse et de la fièvre. Il fut alors traité par une saignée et un purgatif.

Maintenant (dixième jour) les éblouissements et les bourdonnements d'oreille continuent ; la tête est pesante, douloureuse ; la langue est jaunâtre, humide ; il y a soif vive, et anorexie complète ; il n'y a pas de selles depuis deux jours ; l'abdomen est mou et indolent sans apparence d'éruption typhoïde ; le

pouls est à 72; il n'y pas de toux ni de douleur thoracique. (On prescrit un purgatif salin.)

Le 4 août (onzième jour), selles très-fréquentes par l'effet du purgatif; langue jaunâtre, sub-humide; soif vive; même état des bourdonnements d'oreille et des éblouissements; sommeil assez agité par des rêves; peau toujours chaude; abdomen mou et indolent : on y trouve trois taches roses lenticulaires disparaissant sous la pression et tout à fait caractéristiques. Ces taches avaient été cherchées hier inutilement, et ont dû se développer dans la nuit. (On prescrit un bain tiède.)

Le 5 (douzième jour), le pouls est à 60, la langue est toujours jaunâtre au centre et rouge au bout, la soif continue, l'éruption typhoïde se compose maintenant de six taches bien distinctes. Moins de bruit dans les oreilles, se trouve assez bien pour se lever et se promener. (On répète le purgatif salin.)

Le 6 (treizième jour), l'éruption typhoïde se compose maintenant de quinze à seize taches lenticulaires. Le pouls est à 64, l'abdomen mou et indolent, la langue moins jaune et moins sèche; il y a eu six selles par l'effet du purgatif. (On répète le bain tiède.)

Le 7 (quatorzième jour), le mieux fait des progrès, mais la bouche reste amère et la langue jaunâtre. (Répéter le purgatif.)

Le 8 (quinzième jour), la convalescence est complète, le pouls est à 56, l'appétit est revenu depuis la purgation. (On donne le demi-régime.)

Le 13, il sort guéri.

Fièvre bilieuse sub-typhoïde.

Obs. III. — Un cordonnier, âgé de 26 ans, habituellement bien portant, a été pris il y a quatre jours, sans cause appréciable, de douleurs abdominales, sans diarrhée.

Le lendemain, il a commencé à ressentir des douleurs de tête assez vives avec vomissements qui ont persisté avant-hier et hier.

Maintenant, 12 mars (cinquième jour), la peau est chaude et humide, le pouls fréquent de 104 à 108, petit, irrégulier, facilement compressible; la céphalalgie est toujours très-prononcée; la langue est humide et couverte d'un enduit blanchâtre et un peu jaunâtre; l'abdomen est mou et indolent; il présente trois taches rosées lenticulaires disparaissant sous la pression; une selle depuis deux jours; a bien dormi cette nuit, mais avec rêves, et maintenant il y a de la confusion dans les idées, quoiqu'il réponde exactement aux questions qui lui sont faites. (On prescrit un vomitif.)

Le 13 mars, vomissements très-abondants, et quelques selles sous l'influence du vomitif; a beaucoup d'agitation, parle beaucoup et avec volubilité, peau chaude sans sueur, le pouls est à 104 ou 108, la soif est très-intense, la langue très-blanche, l'éruption typhoïde est toujours peu nombreuse, mais très-distincte. (On fait faire des lavages froids sur tout le corps plusieurs fois dans la journée.)

Le 14, mieux très-prononcé, les idées sont plus nettes, parle moins et sans divagation; la langue est moins blanche, l'abdomen est toujours mou et indolent; il n'y a pas eu de selle depuis l'action du vomitif; le pouls est à 92. (On donne de l'huile de ricin.)

Le 16, il a été bien purgé avant-hier, et dès lors le mieux continue à faire des progrès; le pouls reste cependant encore un peu fréquent; l'appétit a repris avec vivacité. (On donne le demi-régime et de la viande rôtie.)

Le 17, le pouls est à 84; du reste bien.

Le 19, la langue est encore blanche et l'appétit est moins prononcé que précédemment. (On répète l'huile de ricin.)

Le 20, il est parfaitement bien, et sort guéri.

Les trois observations qui précèdent ont été inscrites dans mes notes, sous le nom de fièvres bilieuses, et correspondent très-probablement à ce que M. Louis aurait désigné sous le nom d'embarras gastrique, accompagné d'éruption typhoïde. Si on lit avec soin ces trois observations, on pourra suivre une gradation insensible entre la première et la seconde, entre celle-ci et la troisième. Dans la première, la plupart des symptômes caractéristiques de la maladie typhoïde manquent complétement; il n'y a eu ni diarrhée, ni vertiges, ni éblouissements, ni bourdonnements d'oreille; la fièvre ne dure qu'un seul jour, et la durée totale de la maladie est à peine de huit jours. Il est donc difficile avec les notions généralement reçues de reconnaître ici une fièvre typhoïde; mais si l'on étudie les deux autres observations, la distinction ne paraîtra plus si facile; en effet, dans la seconde observation, nous trouvons la diarrhée précédant de quinze jours l'entrée du malade à l'hôpital, et plus tard tout le cortége des symptômes qui annoncent une profonde modification des centres nerveux, de la céphalalgie, des vertiges, des bruits dans les oreilles, des éblouissements, et une faiblesse si grande que le malade ne pouvait se tenir sur ses jambes, et, avec tous ces symptômes, le pouls n'a jamais dépassé 72, et quatre jours après son entrée, le malade a pu se lever et se promener. Cette seconde observation se rapproche plus que la première des véritables fièvres typhoïdes dont elle ne diffère que par la durée de la fièvre et l'absence des symptômes secondaires. Dans la troisième observation, nous avons, il est vrai, moins de symptômes des centres nerveux, mais un mouvement fébrile plus prolongé; le malade ne présente pas les vertiges et les éblouissements observés dans les cas précédents, mais ces divers symptômes sont rem-

placés par des vomissements au début, une céphalalgie intense, beaucoup de loquacité et de confusion dans les idées. La soif est vive, et la langue est couverte d'un enduit blanchâtre très-prononcé. En résumé quel que soit le nom donné à ces trois observations, qu'on les classe dans les embarras gastriques ou dans les fièvres bilieuses, toujours est-il qu'outre l'éruption lenticulaire, elles ont présenté la plupart des symptômes caractéristiques des fièvres typhoïdes ; en sorte qu'il me paraît difficile d'établir d'autre distinction entre ces deux ordres de maladies que celles d'un degré moindre de gravité dans les observations que je viens de citer. Au reste, cette conclusion sera encore confirmée par les faits qui me restent à faire connaître ; ce sont les observations de deux malades qui ont continué leurs occupations, quoique présentant, l'un tous les symptômes des fièvres typhoïdes, et l'autre les lésions caractéristiques de cette maladie.

Fièvre typhoïde au début chez un jeune homme qui s'est suicidé.

Obs. IV. — Un ouvrier confiseur, âgé de 25 ans, établi à Genève depuis quelques mois, avait continué ses occupations et ne s'était plaint à personne d'éprouver aucun mal, lorsqu'un matin il s'absenta pendant quelques heures, et fut se coucher sur son lit. Appelé à midi pour venir prendre son repas, il répondit qu'il allait descendre, et, à l'instant même il se jeta par la fenêtre sur le pavé; la mort fut instantanée à la suite des fractures nombreuses du crâne et des membres.

A l'autopsie, les fractures du crâne ne permirent pas de reconnaître l'état du cerveau; la poitrine ne présenta aucune lésion appréciable ; l'estomac était sain ; la muqueuse n'était ni injectée ni ramollie; les aliments contenus dans l'estomac furent recueillis et examinés dans le but de rechercher s'il y avait eu empoisonnement; mais aucune substance vénéneuse n'y fut découverte. La fin de l'iléum présenta tous les symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde. A partir de deux ou trois pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale, on trouve la muqueuse parsemée de points blancs assez nombreux et disposés à intervalles égaux et réguliers ; ces follicules hypertrophiés sont d'un blanc mat et font saillie dans l'intestin ; leur couleur tranche avec celle de la muqueuse qui est d'une teinte jaune uniforme, sans aucune arborisation ou injection dans toute l'étendue du petit intestin. Outre ces follicules isolés, on trouve un grand nombre de plaques boursoufflées et tuméfiées, d'un blanc mat et d'un tissu assez résistant. Ces plaques sont si nombreuses et si volumineuses autour de la valvule iléo-cœcale qu'elles obstruent l'intestin et ne laissent passer qu'avec peine l'entérotome ; elles sont à peu près confluentes dans les cinq derniers pouces de l'intestin grêle; leur volume est de moins en moins considérable à mesure que l'on s'éloigne de la valvule.

Examinées à la loupe, ces plaques sont formées par un tissu blanc assez résistant et traversé par un grand nombre de vacuoles ou canaux allongés qui lui donnent la plus grande ressemblance avec l'éponge marine. Le tissu sous-muqueux ne présente aucune injection ou épaississement à la fin de l'iléon (1). Il existe quelques plaques et follicules dans le gros intestin; mais leur nombre et leur volume sont peu considérables.

Les ganglions mésentériques sont volumineux dans les parties correspondant aux plaques gaufrées.

La rate ne fut pas examinée.

Cette autopsie nous présente bien des particularités dignes de remarque ; en premier lieu, quant à l'objet qui nous occupe maintenant, nous y voyons un jeune homme qui présente toutes les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, et qui cependant a pu, jusqu'à quelques heures avant sa mort, continuer ses occupations et vaquer à ses travaux habituels, sans qu'aucun de ses camarades se soit aperçu qu'il était souffrant. Ce fait me paraît mettre hors de doute l'existence des cas légers de fièvre typhoïde, surtout si on le rapproche de l'observation qui va suivre.

Mais l'autopsie que nous venons de citer présente un autre genre d'intérêt, en ce qu'elle nous montre l'état des intestins au début de la fièvre typhoïde. Nous y voyons, en premier lieu, l'absence complète d'injection et de trace d'inflammation ; la muqueuse du petit intestin, siége d'une lésion aussi étendue, était jaunâtre, de bonne consistance, et ne présentait aucune arborisation ; les plaques gaufrées étaient d'un blanc laiteux, leur tissu ne laissait pas écouler, par la section, une seule goutte de sang, en sorte qu'il était impossible de reconnaître dans cette lésion aucun des caractères de l'inflammation. Il est donc inexact de considérer l'éruption intestinale comme le produit d'une entérite, et si, plus tard, l'intestin vient à s'ulcérer, c'est qu'un travail éliminatoire est nécessaire pour faire disparaître cette production morbide développée dans les plaques de Peyer et dans les follicules de Brunner. Cette manière de considérer les ulcérations de l'iléum me paraît être confirmée par le résultat des autopsies à diverses époques de la fièvre typhoïde. En effet, d'après les observations citées par MM. Trousseau, Louis et Chomel, l'on voit que la muqueuse intestinale, le tissu sous-muqueux et les plaques elles-

(1) J'ai fait faire un dessin colorié de ces diverses altérations vues à l'œil nu et sous le microscope. Ce dessin a été copié par un élève de M. Chomel.

mêmes sont de plus en plus injectés, ramollis ou ulcérés à mesure que la maladie est plus avancée.

J'ai cherché à découvrir quelle était la date précise de la maladie dans le cas qui nous occupe, et, comme les détails commémoratifs manquent complétement, j'ai recherché dans les descriptions de MM. Trousseau, Louis et Chomel, les cas qui pourraient avoir quelque analogie avec celui de notre suicidé. M. Louis a rencontré trois cas de fièvre typhoïde terminée par la mort le huitième jour. M. Chomel a décrit un cas de mort entre le septième et le huitième jour; or, dans ces quatre cas, la muqueuse intestinale était ramollie; dans trois, elle était injectée; et dans le quatrième, le tissu sous-muqueux était injecté et épaissi; dans trois cas, les plaques étaient rouges et ramollies; dans un seul, celui de M. Chomel, les plaques étaient blanches et non ramollies; mais la muqueuse était d'un rouge vif et ramollie. En sorte qu'on peut établir en règle déduite de l'observation clinique, qu'à dater du huitième jour, il y a déjà des traces évidentes d'inflammation et de ramollissement, ou des plaques de Peyer, ce qui est le cas le plus ordinaire, ou de la muqueuse intestinale et du tissu cellulaire sous-muqueux. Or, dans le cas que nous avons cité, il n'y avait de rougeur ou de ramollissement, ni dans les plaques, ni dans l'intestin, ni dans le tissu cellulaire sous-jacent; il faut donc considérer l'époque du début comme plus voisine de la mort qu'aucun des cas précédents.

M. Trousseau n'a pas cité les cas sur lesquels M. Bretonneau a fondé son opinion; mais dans sa description générale, il donne pour caractères constants du sixième jour de l'éruption intestinale, l'opacité et le ramollissement des plaques, et pour caractère variable l'injection de la muqueuse intestinale des portions voisines. Or, dans le cas qui nous occupe, il n'y avait encore ni ramollissement des plaques, ni injection de la muqueuse; nous sommes donc amenés à considérer l'époque de la mort comme plus voisine encore du début que le sixième jour. M. Bretonneau n'a pas fait d'autopsie de fièvre typhoïde avant le cinquième jour, et la description de M. Trousseau est malheureusement très-incomplète; il donne la tuméfaction des plaques et des follicules isolés comme les seuls caractères de cette époque de la maladie. Or, rien ne nous démontre que cette tuméfaction n'existe pas déjà avant le cinquième jour, et que par conséquent le cas de notre suicidé ne soit antérieur à cette époque. Quoi qu'il en soit de ces diverses suppositions, il n'en est pas moins certain que le cas précédent nous fait connaître, mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent, les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde à une époque où les malades ne succombent pas ordinairement, et il a fallu un suicide pour nous montrer l'état de l'intestin dans les trois ou quatre premiers jours de la fièvre typhoïde; nous y voyons la tuméfaction des plaques de Peyer poussée au point d'obstruer l'intestin autour de la valvule iléo-cœcale; nous voyons ces mêmes plaques transformées en un tissu résistant, blanc, opaque, spongieux et sans aucune trace d'injection; les follicules isolés sont aussi très-saillants, et ont subi la même transformation que les follicules agminés; la muqueuse intestinale n'est ni rouge, ni ramollie, et le tissu cellulaire n'est ni épaissi, ni injecté. En sorte qu'on peut dire que, dans cette première période de la fièvre typhoïde, l'éruption intestinale n'est accompagnée d'aucun travail inflammatoire, et que si plus tard la membrane muqueuse et les tissus sous-jacents viennent à s'enflammer, c'est qu'une seconde période de la maladie, celle d'un travail éliminatoire, succède à la période d'éruption pendant laquelle les plaques et les follicules paraissent être les seuls organes modifiés, et encore ne le sont-ils pas dans le sens d'une lésion inflammatoire, puisqu'on ne trouve dans leur tissu blanc, opaque et résistant, aucun des caractères anatomiques de l'inflammation (1).

Après cette longue digression, revenons à l'objet de l'observation que nous venons de citer, et continuons à démontrer par des faits l'existence des cas légers de fièvre typhoïde; nous venons de voir un cas assez peu grave pour permettre au malade de continuer ses occupations; mais l'on pourrait dire que le jeune homme serait devenu probablement plus malade, s'il ne s'était pas suicidé avant le développement des symptômes graves de la fièvre typhoïde. Voici un nouveau cas qui ne permet pas cette explication.

---

(1) Les ouvrages cités sur ce sujet sont ceux de M. Trousseau : De la Dothinentérite, d'après M. Bretonneau (Archives de médecine, janvier 1836). M. Louis : Recherches sur les fièvres typhoïdes, 1er vol., 1829. M. Chomel, Leçons cliniques sur la fièvre typhoïde, publiées par M. Genest. Ce dernier ouvrage m'a paru présenter une inexactitude dans la description de la lésion anatomique de la première période de l'éruption intestinale. En effet, dans la description générale, M. Chomel dit « que la couleur des plaques varie comme celle des parties qui les entourent; mais qu'elle est toujours plus foncée; que, lorsque la muqueuse est pâle, les plaques sont d'un blanc mat remarquable; lorsqu'elle est rouge, les plaques offrent une coloration rouge plus prononcée. » Or, dans la seule description qu'il y ait d'un cas récent, c'est justement le contraire qui a été trouvé par M. Chomel; l'on y voit « que la muqueuse est d'un rouge vif tout autour des plaques, tandis que celles-ci sont d'un blanc mat opaque et sans injection. » Il y a donc contradiction entre le fait cité et la description générale. M. Chomel aurait été plus exact s'il avait précisé la succession des divers phénomènes de l'éruption intestinale, depuis le boursouflement des plaques jusqu'à leur destruction par ulcération.

Embarras gastrique présentant la plupart des symptômes d'une fièvre typhoïde.

Obs. V. — Un horloger, âgé de 20 ans, de taille élevée et de constitution très-robuste, vint me consulter le 1er août; il se plaignait depuis six jours d'avoir du dévoiement sans douleurs de ventre bien prononcées; il avait eu des épistaxis à plusieurs reprises; maintenant son teint est très-pâle, sa démarche chancelante; la langue est très-blanche, la soif vive, l'anorexie complète; il se plaint de violentes douleurs de tête, qui sont accompagnées de vertiges, d'éblouissements et de bourdonnements dans les oreilles; la peau est blanche; le pouls un peu fréquent (84 à 88); il y a de la toux, mais elle n'est point fatigante. (Je prescris un vomitif.)

Le 3, a beaucoup vomi et a eu plusieurs selles; la langue est blanche et un peu sèche; la soif continue à être très-vive, a recommencé à manger un peu, n'a plus autant de vertiges dans le jour, mais le ressent toujours quand il se réveille et qu'il veut se lever; sa démarche est alors chancelante, mais se raffermit plus tard. L'abdomen est mou; il présente sept ou huit taches roses lenticulaires disparaissant sous la pression, et tout à fait caractéristiques; le pouls ne présente pas de fréquence. N'a pas cessé de travailler depuis le début de sa maladie, quoiqu'il se sentit peu de force et peu de vivacité. (Je prescris un bain tiède et une purgation avec l'eau de Sedlitz.)

Le 6, a été bien purgé par l'eau de Sedlitz, se trouve beaucoup mieux; la tête est plus légère, la démarche est plus facile, la langue est moins blanche, mais la soif continue; l'appétit est revenu depuis la purgation, la toux a continué depuis le premier jour, sans augmentation ni diminution; l'éruption de l'abdomen est toujours très-apparente. (Répéter l'eau de Sedlitz.)

Le 9, la plupart des symptômes morbides ont disparu, et le malade commence à se sentir beaucoup mieux.

Le 11, le malade est tout à fait bien.

Voilà donc un malade qui a présenté tous les symptômes considérés comme caractéristiques du début de l'affection typhoïde, et qui cependant a continué à travailler, et a pu venir me consulter tous les deux ou trois jours. Nous avons rencontré chez ce malade, outre l'éruption typhoïde, tous les symptômes précurseurs : la diarrhée, la toux, les épistaxis, les vertiges, la faiblesse des jambes, et plus tard les éblouissements, les bourdonnements dans les oreilles : la céphalalgie, la soif, la fréquence du pouls, la chaleur de la peau; en un mot, tous les symptômes qui font reconnaître une fièvre typhoïde, et cependant celle-ci ne s'est point développée, et le malade a guéri au bout de huit à dix jours, sans avoir jamais interrompu ses occupations journalières ni son genre de vie habituel.

L'ensemble des faits qui précèdent nous permet donc de conclure qu'il existe des degrés insensibles entre un simple embarras gastrique et la fièvre typhoïde la plus grave; mais il ne s'ensuit pas, comme nous l'avons vu précédemment, qu'il n'y ait pas de véritables embarras gastriques ou de maladies vraiment bilieuses, puisque nous avons cité des cas de ce genre qui se sont terminés par la mort, sans présenter aucune des lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde; seulement il paraît très-difficile de distinguer si un cas léger d'embarras gastrique provient d'un simple dérangement des voies digestives, ou bien s'il est accompagné du développement des plaques de Peyer, ainsi que nous l'avons vu chez notre suicidé. Peut-être trouverait-on dans l'existence des taches roses lenticulaires le signe distinctif de l'éruption intestinale et de la maladie bilieuse. C'est ce que de nouvelles observations pourront peut-être démontrer d'une manière satisfaisante.

Les faits qui précèdent nous permettent d'établir un nouveau point de rapprochement entre la fièvre typhoïde et les maladies éruptives; en effet, de même que l'on rencontre des cas très-légers de variole, de scarlatine ou de rougeole, où ces maladies sont bornées à un mal de gorge, à quelques pustules ou à un coryza, de même aussi l'on rencontre des cas de fièvres typhoïdes sans mouvement fébrile, sans prostration des forces, et peut-être aussi sans éruption lenticulaire, en sorte qu'on peut déduire des symptômes de cette dernière maladie un nouveau point de contact avec les maladies vraiment éruptives; au reste, la contagion, qui paraît être un symptôme essentiel de cet ordre d'affections, peut aussi bien être démontrée pour la fièvre typhoïde qu'elle l'est pour la variole, la rougeole ou la scarlatine. C'est ce que nous allons chercher à faire au moyen de faits qui serviront à éclairer une question jusqu'à présent très controversée.

En premier lieu, depuis quatre ans que je fais le service de l'hôpital civil et militaire de Genève, deux infirmiers ont été atteints de fièvre typhoïde, après avoir soigné des malades de ce genre. En second lieu, de nombreux exemples se sont présentés de la transmission de la maladie à divers membres de la même famille, ou à divers inquilins de la même maison. En troisième lieu, j'ai pu suivre dans un des faubourgs la filiation de la maladie chez quinze personnes qui furent successivement atteintes de fièvre typhoïde. Voici les détails de ce dernier fait. Dans le courant de l'automne de 1835, je fus appelé à soigner le fils d'un charpentier qui demeurait dans un des faubourgs de la ville; je le trouvai atteint de fièvre typhoïde, ainsi qu'une de ses tantes qui l'avait soigné pendant les premiers jours de sa maladie. Ces

deux personnes avaient la peau chaude, la langue sèche, du dévoiement, une grande prostration de force, de la surdité, des éblouissements, beaucoup de stupeur et de délire, une éruption lenticulaire très-distincte sur l'abdomen ; enfin, chez l'un de ces malades il y eut dans la troisième semaine des hémorrhagies intestinales qui faillirent devenir mortelles. L'ensemble de ces symptômes ne permet pas de conserver du doute sur l'existence de la fièvre typhoïde chez nos deux malades. Ceux-ci occupaient un logement fort étroit, et je jugeai convenable de les faire transporter dans un autre corps de bâtiment où ils occupèrent des chambres attenantes à une galerie ; l'un de ces malades ne tarda pas à entrer en convalescence, et vint s'établir sur cette galerie, qui était commune à une autre famille. Peu de jours après, une jeune fille de 12 ans, qui appartenait à cette dernière famille, et qui venait souvent sur la galerie, fut atteinte de fièvre typhoïde : cette maladie fut fort grave, et la convalescence ne s'établit qu'après plusieurs semaines, et même cette jeune fille succomba à une maladie aiguë de l'abdomen, qui survint brusquement deux ou trois mois après la première invasion de la fièvre typhoïde. Une domestique qui donna des soins à cette jeune fille tomba elle-même malade ; une autre domestique, qui la soigna et la remplaça dans la maison, fut également atteinte de fièvre typhoïde ; enfin, la sœur de cette dernière, qui vint de la ville pour passer deux nuits auprès de la malade, ne tarda pas à contracter le même mal ; elle fut admise à l'hôpital, où sa maladie suivit toutes les phases d'une fièvre typhoïde des plus graves, et se termina par la mort ; à l'autopsie, je trouvai les ulcérations de l'iléum, et toutes les autres lésions caractéristiques de la dothinentérite. Un ecclésiastique qui vint visiter la jeune fille dont nous avons parlé tomba malade et succomba avec tous les symptômes de la fièvre typhoïde ; une domestique qui vint rendre quelques services dans la maison de ce dernier malade fut atteinte de fièvre typhoïde, et succomba dans la troisième semaine. Une demoiselle était venue visiter la jeune fille que nous avons déjà signalée comme origine de plusieurs autres cas ; cette demoiselle était dans des circonstances d'habitation et de fortune bien différentes de la personne qu'elle venait visiter, et à qui elle rendit quelques soins de garde-malade ; elle ne tarda pas à tomber malade et à présenter pendant sept ou huit semaines tous les symptômes de la fièvre typhoïde. Une dame anglaise, qui demeurait dans la même maison, et fut fréquemment en rapport avec cette dernière malade, le devint elle-même de la même manière : la stupeur, le délire, l'éruption typhoïde et une fièvre qui dura près de sept semaines, ne purent laisser aucun doute sur la nature du mal ; deux filles de cette dame furent successivement malades ; l'une pendant quinze jours, et l'autre pendant six à sept semaines. Deux autres dames qui vivaient dans la même maison subirent aussi la même influence et guérirent après trois semaines de maladie ; il n'en fut pas de même d'une dernière dame qui succomba après avoir présenté l'ensemble des symptômes de la fièvre typhoïde, et dont l'autopsie vint vérifier le diagnostic, en montrant des ulcérations à la fin de l'iléum.

Voilà certes une transmission d'individu à individu aussi bien établie qu'on peut le désirer ; ces divers malades étaient dans des circonstances d'habitation, de fortune et de constitution bien différentes les uns des autres, et cependant ils ont présenté des symptômes qui ont été ceux d'une seule et même maladie à laquelle on ne peut refuser le nom de fièvre typhoïde, puisque chez ceux qui ont succombé les ulcérations de la fin de l'iléum sont venues lever tous les doutes. Quant à l'apparition de la maladie, elle a suivi de bien près la visite des malades et leur exposition à la source de contagion qui se trouvait concentrée dans trois maisons, dont l'une compta six malades, une autre sept et une autre deux. On peut donc considérer la fièvre typhoïde comme devenant contagieuse dans certaines circonstances qui ne sont pas encore bien connues, mais qui ne tarderaient pas à l'être si l'on cherchait à réunir un certain nombre de faits semblables à ceux que je viens de citer. C'est au reste ce qui a déjà été fait par plusieurs auteurs qui ont pu suivre dans diverses localités la transmission de la maladie d'individu à individu.

MM. Leuret (1), Gendron (2), Bretonneau (3), Berlann (4), Putegnat (5), ont publié sur ce sujet des mémoires bien propres à entraîner la conviction.

L'influence des saisons sur le développement des fièvres bilieuses et typhoïdes a été jusqu'à présent peu étudiée. MM. Louis et Bouillaud n'en parlent pas. M. Chomel ne mentionne les saisons qu'à l'occasion de la mortalité et n'a point recherché quelle pouvait être l'influence des variations atmosphériques sur le développement des fièvres typhoïdes. Voici les documents que j'ai recueillis à Genève ; mais comme pour toutes les petites localités, ils consistent dans des faits trop peu nombreux pour résoudre définitivement la question.

En comparant la fréquence des fièvres bilieuses et typhoïdes dans plusieurs années successives, on peut résoudre en partie le problème qui nous occupe, puisque les circonstances atmosphériques d'une année diffèrent de celles d'une autre année. Or en étu-

---

(1) Archives générales de médecine, t. XVIII.
(2) Id., t. XX.
(3) Id., t. XXI.
(4) Gazette médicale, 1837.
(5) Gazette médicale, juin 1838.

diant la constitution atmosphérique des cinq dernières années, on peut les caractériser de la manière suivante.

Pendant l'année 1834, la température fut généralement assez élevée, la sécheresse fut prolongée et le vent du nord régna plus longtemps et d'une manière plus prononcée que dans les autres années. La température moyenne de l'année qui, en 1833, n'avait été que de 5° 19 R. fut de 8° 93 en 1834; cette moyenne est supérieure à celle des trente-neuf années précédentes; elle se rapproche sans être égalée de celle de 1811, où l'on eut une température moyenne de 8° 89. Les résultats de l'hygromètre confirment ce que nous venons de dire sur l'année 1834 qui fut à la fois chaude et sèche; la moyenne de l'hygromètre fut inférieure à celle de trente-six ans. La quantité de pluie tombée dans l'année fut de 22 pouces 10 lignes, la moyenne de dix ans étant 28 pouces 4 lignes.

En 1835, la température fut moins élevée qu'en 1834, 7° 49 au lieu de 8° 93; il y eut plus de variations atmosphériques et une plus grande dose de pluie, 26 pouces 10 lignes au lieu de 22 pouces 10 lignes en 1834. Les vents du midi et du sud se répartirent dans des proportions différentes qu'en 1834, ceux-ci ayant été plus fréquents en 1834 et ceux-là en 1835. L'été de cette dernière année fut très-court et l'hiver très-précoce.

En 1836, la température fut plus élevée que l'année précédente et la quantité de pluie moindre; mais ce qui caractérisa cette année, ce fut la fixité du temps; au lieu de ces variations si fréquentes dans notre pays, nous avons eu en 1836, un temps, tantôt clair et sec, tantôt humide et couvert; mais dans les deux cas, le même temps a persisté pendant plusieurs jours, souvent même pendant plusieurs semaines. L'automne de 1836 fut froid et pluvieux, quoiqu'il le fut moins cependant qu'en 1835 où il commença dès la fin de septembre.

En 1837, la température fut moins élevée que pendant l'année précédente, et la quantité de pluie fut inférieure à celle des autres années; les vents du nord régnèrent beaucoup en été, et ceux du midi furent presque constants pendant les deux derniers mois de l'année. L'année 1837 fut froide en hiver et au printemps, chaude et sèche en été, humide et froide en automne et au commencement de l'hiver.

Les huit mois de 1838 qui sont écoulés nous ont présenté un hiver très-froid et très-prolongé, des alternatives de grandes chaleurs et de température très-peu élevée pendant le printemps et l'été et une quantité de pluie plutôt au-dessous qu'au-dessus de la moyenne.

En résumé, nous pouvons dire que l'année 1834 a été chaude et sèche, 1835 humide et variable, 1836 ni bien chaude ni bien sèche, mais avec un degré de fixité rare dans notre climat, 1837 alternativement froide et humide ou chaude et sèche, 1838 enfin a été jusqu'à présent très-froide au début et alternativement chaude et froide dès lors. Voyons quelle a pu être l'influence de cet état de l'atmosphère sur le développement des fièvres bilieuses et typhoïdes pendant ces cinq ans.

	1834.	1835.	1836.	1837.	1838.
Fièvres bilieuses. .	29	16	5	4	quelques cas.
Fièvres typhoïdes. .	13	27	13	21	0
	42	43	18	25	0

Il résulte de ce tableau que le maximum des fièvres bilieuses correspond à l'année la plus chaude, tandis que le maximum des fièvres typhoïdes a eu lieu pendant l'année dont la température fut remarquablement humide et variable. Le minimum des fièvres bilieuses a été pendant les années qui ont présenté des alternatives de froid et de chaud, et le minimum des fièvres typhoïdes correspond jusqu'à présent à l'année où nous sommes, puisque je n'ai pas encore rencontré un seul cas de cette maladie; en sorte qu'en définitive l'on serait amené à conclure du tableau précédent que la chaleur et la sécheresse favorisent le développement des fièvres bilieuses, tandis que l'humidité, le froid et la variabilité de la température augmenteraient le nombre des fièvres typhoïdes; mais il ne faut pas oublier que pour cette dernière maladie il existe probablement des circonstances de développement qui nous sont encore inconnues, puisque l'année où nous sommes, quoique peu différente des précédentes, a cependant été jusqu'à présent complétement préservée des fièvres typhoïdes; peut-être le froid excessif de cet hiver a-t-il détruit le principe contagieux que nous avons reconnu exister comme l'une des causes du développement de la dothinentérite? C'est ce que l'observation clinique pourra nous apprendre dans les années qui suivront ou dans d'autres localités.

Mais le problème qui nous occupe peut être résolu par une autre voie; en effet, si l'on réunit les cas de fièvres bilieuses et typhoïdes observés dans les diverses saisons, on arrivera au même résultat, puisque les circonstances atmosphériques de chaleur ou de froid, d'humidité ou de sécheresse, se reproduisent invariablement dans le cours de la même année. J'ai réuni les mois de décembre, janvier et février, comme représentant l'hiver atmosphérique; ceux de mars, avril et mai pour le printemps; juin, juillet et août pour l'été, et pour l'automne, septembre, octobre et novembre. Le nombre total des fièvres bilieuses et typhoïdes de 1834 à 1837 se répartit de la manière suivante dans les quatre saisons de l'année.

	Fièvres bilieuses.	Fièvres typhoïdes.	Total.
Hiver	6	15	21
Printemps	14	7	21
Été	26	24	50
Automne	13	28	41

Le maximum des fièvres bilieuses correspond à l'été et son minimum à l'hiver, tandis que, pour les fièvres typhoïdes, le maximum tombe sur l'automne et le minimum sur le printemps; les saisons intermédiaires sont, pour les fièvres bilieuses, le printemps et l'automne, qui sont à peu près sur la même ligne, tandis que les fièvres typhoïdes sont beaucoup plus fréquentes en été qu'en hiver. L'on est donc amené à conclure de cette comparaison que le froid d'hiver fait cesser presque complétement les fièvres bilieuses; que les températures modérées du printemps et de l'automne les rendent peu nombreuses, mais que les chaleurs de l'été sont la saison favorable au développement des maladies bilieuses. Cette conclusion est en accord parfait avec celle que nous avions déduite de la comparaison des années entre elles. Quant à la fièvre typhoïde, nous la voyons deux fois plus fréquente en automne et en été qu'en hiver et au printemps, d'où il faut conclure que les chaleurs de l'été ne sont probablement pas aussi étrangères à sa production que nous avions été amenés à le croire par la comparaison des quatre années précédentes, et, quant à l'influence des variations de la température, du froid et de l'humidité, elle pourrait être considérée comme n'agissant, pour développer les fièvres typhoïdes, que lorsque ces circonstances atmosphériques succèdent aux chaleurs de l'été. Au reste, cette question ne peut être décidée que par de nouvelles recherches et avec des documents plus nombreux. M. Chomel a donné dans son ouvrage sur les fièvres typhoïdes le tableau des entrées, mois par mois, à la clinique de l'Hôtel-Dieu; je donne ici ce document en le groupant par saison, suivant les principes émis plus haut.

Hiver	79
Printemps	29
Été	19
Automne	40
Total	167

Il résulterait de ce tableau que l'hiver est la saison du maximum et l'été celle du minimum; mais il serait possible que les médecins du bureau central eussent dirigé sur la clinique de l'Hôtel-Dieu un plus grand nombre de cas de fièvres typhoïdes pendant la durée des cours et un moins grand nombre pendant les vacances, en sorte que je n'oserais déduire aucune conclusion d'un résumé qui pourrait être fondé sur des circonstances exceptionnelles.

La mortalité des fièvres typhoïdes a été étudiée dans ces derniers temps avec beaucoup de soin, principalement en vue des conséquences que l'on en tirait sur la meilleure méthode de traitement; je dirai quelques mots sur ce sujet; mais auparavant voici les faits qui me sont propres et leur comparaison avec ceux publiés par d'autres praticiens.

Tableau de la mortalité de la fièvre typhoïde dans l'hôpital de Genève.

	MALADES.		MORTS.		TOTAL.	
	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.	Malades.	Morts.
1834.	8	5	1	1	13	2
1835.	22	5	4	2	27	6
1836.	6	7	1	2	13	3
1837.	19	2	5	1	21	3
Total.	55	19	8	6	74	14

Le premier fait qui résulte de ce tableau c'est que sur soixante-quatorze cas graves de fièvres typhoïdes, quatorze ont succombé, ce qui fait une mortalité de dix-neuf sur cent ou d'environ un cinquième. Mais il faut se rappeler que je n'ai compris dans ces 74 cas que ceux d'une gravité évidente, les cas légers ayant été réunis aux fièvres bilieuses et désignés dans mes notes sous le nom de fièvre bilieuse sub-typhoïde, ainsi qu'on peut en avoir des exemples dans ce manuscrit.

M. Chomel a perdu 47 malades sur 147 fièvres typhoïdes admises à la clinique de l'Hôtel-Dieu; ce qui fait 1 mort sur 3 malades environ. Pendant qu'il pratiquait à l'hôpital de la Charité, le même praticien avait perdu 50 malades sur 138, ce qui donne une mortalité encore plus considérable, 1 mort sur 2 et 2/3 (1).

M. Cless à Carlsruhe a perdu 37 malades sur 118 cas de fièvre typhoïde grave, ce qui fait environ un mort sur trois malades (2).

M. Bouillaud n'a perdu que 25 malades sur 205 cas de fièvre typhoïde bien caractérisée (3), ce qui ferait une mortalité de 1 sur 8. Mais il est important de remarquer à ce sujet que sur les 27 cas désignés dans l'ouvrage de M. Bouillaud comme des fièvres typhoïdes bien caractérisées, il en est plusieurs qui sont décrits assez brièvement et d'une manière assez incomplète pour laisser quelque doute dans l'esprit du lecteur; telles sont les observations XI, XVI, XXIV, XXV et XXVII; or, si dans les 178 autres cas, il existe une proportion aussi considérable de cas douteux,

(1) Leçons de clinique médicale sur la fièvre typhoïde, art. Pronostic.

(2) Gazette médicale, 1837, p. 748.

(3) Clinique médicale de la Charité, t. I, p. 377.

l'on ne peut en conclure rien de bien précis sur la mortalité de la fièvre typhoïde.

En résumé, nous voyons que la proportion des morts à l'hôpital de Genève n'a pas été aussi considérable qu'à Carlsruhe ou à Paris, du moins dans les hôpitaux dirigés par M. Chomel. Quant à celle obtenue par M. Bouillaud, nous en reparlerons à l'occasion du traitement.

Un second fait qui découle de notre tableau, c'est la forte mortalité des fièvres typhoïdes chez les femmes; elle a été de 6 sur 19, soit un tiers, tandis que chez les hommes la mortalité n'était que de 8 sur 55, soit un septième. J'ai cherché inutilement à me rendre compte d'une différence aussi notable; mais il m'a été impossible de trouver d'autre explication que celle-ci : les femmes pouvant être plus facilement soignées à domicile que les hommes, on n'envoie à l'hôpital que les cas les plus graves ; tandis que pour les hommes les cas de toute espèce sont également envoyés. Cette supposition se trouverait en partie vérifiée par la mortalité générale, qui est plus considérable chez les femmes que chez les hommes : 77 sur 413 chez celles-là, au lieu de 156 sur 1,079 pour ceux-ci ; ce qui fait une différence de 4 pour 100 (0,18, au lieu de 0,14). Mais cette hypothèse n'explique qu'une partie du phénomène, puisque la différence entre la mortalité des fièvres typhoïdes dans les deux sexes est beaucoup plus considérable, 0,32 pour les femmes, et 14 centièmes pour les hommes.

J'ai été d'autant plus surpris de ce résultat que M. Louis n'a trouvé aucune différence dans la mortalité des deux sexes (1); que M. Chomel (2) est arrivé au même résultat dans les cas observés à l'Hôtel-Dieu ; et que M. Cless a trouvé un rapport inverse, c'est-à-dire une mortalité plus grande chez les hommes 1/12 que chez les femmes, 1/14. L'on pourrait croire que la grande fréquence de la fièvre typhoïde dans le sexe masculin influerait sur ce résultat ; mais encore ici rien ne vient expliquer cette différence de la mortalité, puisque la fièvre typhoïde n'est proportionnellement pas plus fréquente dans un sexe que dans l'autre. En effet, sur 1,514 hommes malades, on a compté 55 fièvres typhoïdes ; et sur 582 femmes, 19 cas de fièvres typhoïdes, ce qui donne pour proportion des fièvres graves chez les hommes, 0,036 ; et chez les femmes, 0,033 ; c'est-à-dire qu'elle est à peu de chose près identique. MM. Louis et Chomel avaient trouvé une beaucoup plus forte proportion d'hommes que de femmes dans les hôpitaux de Paris. On voit donc que sous plusieurs rapports la fièvre typhoïde des divers pays diffère notablement ; mais cela ne doit point étonner quand l'on compare la même maladie à diverses époques, ainsi que M. Chomel l'a fait à Paris pour les années 1830, 1831, 1832 et 1833 ; il a montré qu'à certaines époques la mortalité augmentait ou diminuait d'une manière très-notable. L'on peut vérifier cette remarque de M. Chomel dans le tableau des fièvres typhoïdes à Genève, et y voir que, dans l'année 1835, 6 malades sur 25 avaient succombé; tandis qu'en 1837 cette proportion n'avait plus été que de 3 sur 21. Ces variations montrent combien l'on doit être prudent dans les conclusions à tirer des résultats obtenus par divers traitements ; car très-souvent une différence notable dans la fièvre même influe bien plus sur la mortalité que telle méthode thérapeutique qui aura été employée ; il serait difficile sans cela d'expliquer comment le même praticien perdrait tantôt un tiers, tantôt un septième de ses malades, ainsi que cela est arrivé à M. Chomel et à moi. Au reste, nous verrons en parlant du traitement quelles sont les différences qu'ont présentées entr'elles les fièvres typhoïdes des années successives.

Mais avant de quitter la question de la mortalité des fièvres typhoïdes, j'ajouterai quelques mots sur l'influence de l'âge, quant à la gravité de cette maladie. MM. Chomel et Louis ont trouvé que la mortalité était très-faible au-dessous de 20 ans, et je puis confirmer l'exactitude de cette conclusion, puisque sur 12 malades qui n'avaient pas accompli leur vingtième année, aucun n'a succombé ; tandis que sur 52 malades âgés de 20 à 30 ans, il en est mort 12, soit près d'un quart. L'influence de l'âge peut aussi se faire sentir plus tard, puisque sur 7 malades âgés de 30 à 40 ans, 2 ont succombé, ce qui donnerait une proportion plus forte au-dessus qu'au-dessous de 30 ans ; mais ce dernier chiffre est trop peu considérable pour permettre une conclusion définitive. Au reste, voici le tableau des fièvres typhoïdes traitées à l'hôpital de Genève, en ayant égard à l'âge des malades et à la terminaison de la maladie par la mort et la guérison.

Nombre des malades.

	Guéris.	Morts.	Total.
Au-dessous de 10 ans. .	1	»	1
De 10 à 20 ans . . .	11	»	11
De 20 à 30 ans . . .	40	12	52
De 30 à 40 ans . . .	5	2	7
De 40 à 50 ans . . .	1	»	1
De 50 à 60 ans . . .	2	»	2
Total. .	60	14	74

L'influence fâcheuse de l'âge sur la gravité de la fièvre typhoïde peut être déduite par une méthode

(1) Op. cit., t. II, p. 455.
(2) Op. cit., art. Pronostic.

autre que celle du tableau précédent ; c'est-à-dire en prenant l'âge moyen des 60 cas qui ont guéri et des 14 qui ont succombé ; en effet, ces derniers ont vécu en moyenne 25 ans et 2 mois ; tandis que les premiers, ou ceux dont la maladie a eu une terminaison favorable, n'avaient vécu en moyenne que 24 ans et 3 mois. Cette différence de deux ans, quoique peu considérable en apparence, mérite cependant d'être prise en considération, puisqu'elle se trouve être dans le même sens que celle obtenue par le moyen du tableau précédent, et ce qu'il y a en outre d'assez remarquable, c'est que cette même différence de deux ans a été observée par M. Louis, qui avait trouvé 21 ans pour l'âge moyen des malades qui avaient guéri ; tandis que ceux qui avaient succombé étaient âgés en moyenne de 23 ans.

L'influence fâcheuse de l'âge sur la mortalité des fièvres typhoïdes peut donc être considérée comme bien démontrée, puisque les travaux de MM. Chomel et Louis se trouvent confirmés par les observations que j'ai faites dans une localité et sur une catégorie de malades complétement différentes de celles qui ont servi aux recherches des professeurs de Paris.

Le tableau des âges de nos malades présente encore la confirmation d'une autre loi signalée par les mêmes auteurs, c'est-à-dire qu'à Genève comme à Paris la fièvre typhoïde est essentiellement une maladie de la jeunesse ; en effet, on voit que sur 74 malades il y en avait 65 âgés de dix à trente ans, et sur ce nombre 52 entre vingt et trente ans. Les extrêmes ont été un enfant de sept ans et une femme de cinquante-sept. Je crois bien avoir observé dans ma pratique particulière un cas de fièvre typhoïde chez un vieillard de soixante-seize ans ; mais comme l'autopsie n'est point venue vérifier ce diagnostic, je ne puis présenter cette observation que sous forme dubitative, quoique cet homme m'ai présenté les vertiges, les bruits dans les oreilles, la sécheresse de langue, la fièvre, la diarrhée, l'éruption typhoïde, et tout le cortége des symptômes de la dothinentérite, à laquelle cependant il ne succomba pas ; mais sa convalescence fut incomplète, et trois mois après il mourut dans le marasme à la suite d'une diarrhée que rien ne put arrêter. Malheureusement l'autopsie ne fut point faite, en sorte que le fait doit être considéré comme trop incomplet pour en tirer aucune conséquence. D'autant plus que dernièrement encore j'avais cru reconnaître chez un homme de soixante-six ans une véritable fièvre typhoïde avec tout l'ensemble des symptômes caractéristiques, tels que la surdité, les éblouissements, le délire, la diarrhée, le gargouillement dans la région cœcale, et même j'avais cru remarquer une tache typhoïde ; mais l'autopsie vint détruire mon diagnostic, et me fit découvrir une hépatite aiguë avec abcès circonscrits que rien dans les symptômes n'aurait pu faire reconnaître.

En terminant la question de la mortalité et pour commencer celle du traitement, je dirai que les soixante malades qui ont guéri sont restés à l'hôpital en moyenne trente-trois jours ; tandis que chez ceux qui ont succombé, la durée moyenne n'a été que de quinze jours. Cette durée de trente-trois jours pour les malades qui ont guéri suppose un traitement de quinze à dix-huit jours, car dans les cas de fièvres typhoïdes, la convalescence marche assez lentement pour qu'on puisse établir que la moitié du séjour à l'hôpital est employée à rétablir les forces et à mettre les malades en état de reprendre leurs occupations pénibles ; principalement pour les militaires qui forment environ la moitié des malades de vingt à trente ans, et que l'on ne peut renvoyer à la caserne avant qu'ils aient complétement recouvré leurs forces.

L'étude du traitement de la fièvre typhoïde a beaucoup occupé les médecins de Paris depuis quelques années. M. Chomel a préconisé l'emploi des chlorures à l'intérieur et à l'extérieur. M. de la Roque a fait connaître les résultats obtenus au moyen de purgatifs. M. Andral a communiqué à l'Académie royale de médecine les essais comparatifs qu'il a faits avec les purgatifs, les toniques et les émissions sanguines ; enfin M. Bouillaud a proclamé les avantages d'un traitement antiphlogistique. Voyons ce que l'expérience clinique nous a appris sur ces diverses méthodes de traitement.

J'ai trop peu employé les chlorures pour pouvoir donner une opinion éclairée sur ce sujet ; plusieurs de mes collègues les ont employés en ville ; mais à l'hôpital aucun cas n'a été traité complétement par la méthode de M. Chomel.

La méthode des purgatifs a été de nouveau expérimentée par M. de la Roque, et après lui par MM. Piedagnel, Louis et Andral ; les résultats obtenus par ces divers praticiens ont été dans le service de M. de la Roque dix morts sur cent malades ; par M. Piedagnel, dix-neuf morts sur cent trente-quatre malades, et par M. Andral, six morts sur dix-huit malades. Mais, ainsi que cela a été dit au sein de l'Académie de médecine, plusieurs des cas qui ont été compris dans le résumé de MM. Piedagnel et de la Roque étaient des cas légers, en sorte qu'on ne peut rien en conclure sur la mortalité des cas graves de fièvres typhoïdes. Pour moi, j'ai constamment employé la méthode évacuante par émétique et purgatif dans les cas légers de fièvre typhoïde, ceux que j'ai désignés sous le nom de fièvre bilieuse sub-typhoïde, et ces cas ont toujours guéri ; quant aux cas graves, je ne les ai que très-rarement traités par les purgatifs seuls, mais le plus ordinairement par l'emploi alternatif des bains et des purgatifs. J'administrais un jour un bain de deux heures, et le lendemain un purga-

tif salin. Sous l'influence de ce traitement, j'ai vu guérir des cas de la plus haute gravité, j'ai vu la langue s'humecter, la stupeur cesser et la fièvre disparaître. Cependant je dois dire que la journée qui succédait au bain était en généralmeilleure que le lendemain du purgatif, en sorte que j'étais amené à considérer les bains comme donnant un résultat plus satisfaisant que les purgatifs ; il est vrai que j'avais soin de prolonger le bain pendant deux heures, et de cette manière je réussissais mieux à calmer la fièvre et à diminuer la chaleur de la peau que je ne l'aurais fait avec un bain moins prolongé. Je ne puis trop recommander cette méthode dans tous les cas où il importe de diminuer les forces du malade sans cependant en tarir la source, ainsi qu'on le fait par des émissions sanguines fréquemment répétées. C'est pendant l'année 1835 que j'ai employé la méthode alternative des bains et des purgatifs ; j'ai traité par cette méthode seize cas légers de fièvre sub-typhoïde et vingt-sept cas graves; sur le nombre total de quarante-trois, il en est mort six (1) ce qui fait une mortalité d'un septième en réunissant les cas légers et les cas graves, ainsi que l'ont fait MM. de la Roque et Piedagnel, ou de six sur vingt-sept, en ne comprenant que les cas graves, ce qui fait un mort sur quatre ou cinq malades, résultat moins satisfaisant que celui des autres années et des autres méthodes de traitement, ainsi que je le dirai plus tard.

Mais avant de quitter ce sujet, je pense qu'il peut être utile de communiquer le tableau de l'état du pouls chez un certain nombre de malades soumis à l'usage alternatif des bains et des purgatifs ; j'avais fait ce tableau dans le but de me rendre compte de ces deux médications; et comme il contient quelques documents intéressants, je vais le transcrire en faisant remarquer que, si l'on veut juger de l'effet du traitement, il faut prendre l'état du pouls le lendemain du jour où il a été administré, puisque la visite se fait le matin avant l'emploi d'aucun médicament, et que s'il y a eu quelque aggravation ou amélioration, elle doit dépendre du traitement de la veille.

(1) Sur ce nombre, un malade succomba à une perforation intestinale qui suivit de fort près une indigestion ; la convalescence était bien établie depuis quinze jours lorsqu'on donna au malade des fruits indigestes ; il fut pris de vomissements peu de temps après les avoir mangés, et c'est pendant les efforts d'expulsion que l'intestin se perfora.

Tableau de l'état du pouls chez les malades atteints de fièvre typhoïde et traités par l'emploi alternatif des bains et des purgatifs.

JOUR DE LA MALADIE OU L'ON A COMMENCÉ LE TRAITEMENT.

	Nombre des pulsations par minute.					
	9e jour.	14e jour.	23e jour.	8e jour.	11e jour.	9e jour.
Bain . . .	00	00	100	88	100	03
Purgatif. .	100	72	98	92	100	90
Bain . . .	100	84	102	90	90	84
Purgatif. .	96	84	98	92	84	72
Bain . . .	100	98	100	80	84	00
Purgatif. .	90	84	00	70	92	72
Bain . . .	100	80	100	00	100	00
Purgatif. .	80	62	100	00	90	72
Bain . . .	76	00	104	00	100	64
Purgatif. .	76	00	100	00	90	00
Bain . . .	00	00	00	00	88	00

L'on voit que dans les trois premières observations l'élévation du pouls s'est toujours rencontrée le lendemain du purgatif, tandis que l'abaissement a suivi l'emploi du bain ; dans la quatrième observation, les différences ont été peu tranchées ; mais l'abaissement définitif a suivi l'emploi du bain; enfin, dans les deux dernières, le commencement nous a présenté une marche inverse et la fin est rentrée dans la règle signalée plus haut, c'est-à-dire que le pouls s'élevait après chaque purgatif et s'abaissait après chaque bain. Mais si l'on cherche le résultat général de ce traitement, l'on verra que chez 5 de ces malades, il a suffi de 8 à 10 jours de traitement pour amener la convalescence ; chez un seul, la maladie s'est prolongée au delà de dix jours ; mais la durée de la fièvre n'a guère été que de quatorze jours après lesquels le malade est entré en convalescence, en sorte qu'on ne doit pas considérer cette aggravation momentanée sous l'influence du purgatif comme ayant empêché la guérison qui, dans presque tous les cas, a été prompte et définitive.

J'ai quelquefois employé les bains prolongés comme seule méthode de traitement, et j'en ai obtenu de bons résultats ; mais cette médication ne peut être employée également dans toutes les saisons ; car, en hiver, le catarrhe bronchique habituel aux fièvres typhoïdes devient facilement une pneumonie; cependant, je n'ai perdu aucun malade de cette complication survenue après l'emploi des bains, ce qui n'empêche pas que l'on doive être très-prudent dans leur administration pendant la saison froide, surtout dans les hôpitaux, où les soins des infirmiers ne sont pas toujours assez complets pour empêcher un refroidissement, et par conséquent une bronchite ou une pneumonie. La même remarque s'applique à la mé-

thode des lavages froids ou tièdes dont j'ai fait un grand usage en 1834.

Je faisais laver quatre fois par jour tout le corps avec de l'eau et du vinaigre froids ou tièdes, suivant la saison; le malade était placé sur un autre lit, lavé, essuyé avec soin et replacé dans son lit immédiatement. Sous l'influence de ce traitement, la peau perdait sa chaleur brûlante, elle s'humectait, et le malade en éprouvait un grand soulagement; le délire diminuait, la fièvre s'abaissait, et la convalescence ne tardait pas à s'établir. La plupart des fièvres typhoïdes de 1834 ont été traitées par cette méthode, et si l'on juge par le résultat, l'on ne peut pas dire qu'elle soit mauvaise, puisque cette année est une de celles qui ont compté la plus faible mortalité, 2 sur 15. Néanmoins, les complications thoraciques m'ont souvent obligé de suspendre ce traitement pendant la saison froide.

J'ai fait peu usage du traitement antiphlogistique par les émissions sanguines, sauf quelques applications de sangsues qui ont été employées plutôt contre les symptômes que contre la maladie. Je n'ai jamais fait de saignée générale, considérant que la fièvre typhoïde est une maladie de long cours, et qu'il est important de laisser au malade toutes ses ressources pour parvenir jusqu'à la convalescence qui se fait souvent attendre trois, quatre, cinq, et même six semaines. Les résultats définitifs que j'ai obtenus en m'abstenant d'émissions sanguines ne sont pas moins satisfaisants que ceux de plusieurs praticiens qui les ont fréquemment employées; nous avons vu que MM. Louis et Chomel qui ont toujours fait une ou plusieurs émissions sanguines au début de la fièvre typhoïde ont cependant compté un plus grand nombre de décès que ceux de l'hôpital de Genève où je n'ai fait aucune saignée générale et très-rarement de saignée locale. M. Andral, dans son rapport sur le travail de M. de la Roque, a dit avoir perdu 6 malades sur 27, qu'il traita par les émissions sanguines, et encore la moitié seulement de ces malades ont-ils présenté une forme grave de la fièvre typhoïde (1), d'où il résulterait que la méthode des émissions sanguines serait inférieure à toute autre dans le traitement de la fièvre typhoïde. Mais avant de tirer une pareille conclusion, il faut examiner le travail de M. Bouillaud (2), et la méthode qu'il désigne sous le nom des saignées coup sur coup. Cette méthode consiste à faire une saignée générale le matin et le soir, et une ou deux saignées locales dans la journée et à répéter les émissions sanguines, tant que les symptômes persistent. Les résultats de ce traitement me paraissent démontrer de la manière la plus évidente que les saignées fréquemment répétées ne sont pas aussi nuisibles dans la fièvre typhoïde que je l'avais toujours cru et que la majeure partie des praticiens le pensent avec moi. Je crois donc pouvoir signaler cette conséquence pratique comme déduite rigoureusement des faits publiés par M. Bouillaud qui, conduit par sa conviction, a employé une méthode d'une activité vraiment effrayante.

Il s'en faut de beaucoup cependant que tous les cas cités par M. Bouillaud aient été améliorés par le traitement antiphlogistique; plusieurs m'ont paru aggravés d'une manière évidente sous l'influence des émissions sanguines, telle est son observation v. (1) où le malade allait de moins en moins bien, tant qu'on a persisté dans les saignées; tandis que les bains chlorurés ont coïncidé avec la convalescence. J'en dirai autant des Obs. x et xii. Dans l'Obs. xiv, l'effet des émissions sanguines paraît avoir été presque nul; enfin, dans l'Obs. xvi, les saignées ont amené une anémie et une convalescence d'une longueur très-remarquable. Mais après avoir fait la part de la critique, il est juste de dire que plusieurs des observations citées dans l'ouvrage de M. Bouillaud me paraissent avoir été des exemples frappants des bons effets des émissions sanguines. Cependant, il ne faut point trop chanter victoire avant que l'expérience de plusieurs années ait prononcé. M. Bouillaud n'a perdu, il est vrai, que 3 malades sur 14 cas très-graves, et sur 13 cas de moyenne gravité; mais nous avons vu que sur ces 27 cas désignés par M. Bouillaud comme des fièvres typhoïdes bien caractérisées, il y en avait 5 que d'autres praticiens auraient probablement rapportés à une autre classe de maladies, en sorte que la proportion des morts serait de 3 sur 22, soit approximativement un septième. Or, on peut voir dans le tableau de mon service, que c'est à peu de chose près la mortalité de l'année 1837, pendant laquelle j'ai perdu 3 malades sur 21 cas de fièvres typhoïdes, soit exactement un septième, et ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'il se trouve, ainsi que nous le verrons plus bas, que c'est par un traitement complétement opposé à celui de M. Bouillaud que j'ai obtenu un résultat qui diffère peu du sien.

La méthode des saignées coup sur coup n'ayant été expérimentée par M. Bouillaud que sur les 27 cas cités dans son ouvrage, il est inutile de parler des 178 fièvres typhoïdes qu'il avait traitées antérieurement par les émissions sanguines et desquelles 22 avaient succombé, ce qui donnait une mortalité d'un huitième. Mais ce qu'il importerait au monde médical pour juger la méthode de M. Bouillaud, ce serait de connaître la mortalité des fièvres typhoïdes

(1) Gaz. Med., 1837, p. 174.
(2) Clinique médicale, t. I.

(1) Op. cit., t. I, p. 72.

qu'il aura traitées non-seulement pendant six mois d'une seule année, mais pendant l'espace de quatre ou cinq années, en y comprenant toutes les saisons; car, ainsi que nous l'avons vu dans les tableaux de M. Chomel et dans les miens, la mortalité a beaucoup varié de saison à saison et d'année en année, et tandis qu'en 1837 je n'avais perdu qu'un malade sur 7, la mortalité avait été en 1836 de 1 sur quatre, d'où il résulte que de nouveaux documents sont nécessaires pour se prononcer d'une manière définitive sur le traitement proposé par M. Bouillaud dans les cas de fièvres typhoïdes. Je signale ce point de recherches comme une lacune qu'il importait de remplir avec des faits bien observés et suffisamment détaillés pour entraîner la conviction.

Le traitement auquel j'ai fait allusion dans la comparaison établie avec M. Bouillaud est la médication par les toniques. Dans la majeure partie des cas traités pendant l'année 1837, j'ai fait usage des toniques, et, ainsi qu'on vient de le voir, les résultats n'ont pas été trop défavorables, puisque sur 21 cas graves, je n'ai perdu que trois malades. Les toniques ont été employés quelquefois dans le début de la maladie, ou plutôt dès l'arrivée du malade à l'hôpital, lorsque le cas paraissait être fort grave; mais, dans la plupart des cas, je commençais par les bains et le purgatif, et, si le cas s'aggravait, malgré leur emploi, je faisais usage des toniques, en sorte qu'on peut dire que, s'ils réussissaient, c'était un plus grand succès que s'ils eussent été employés indifféremment dans tous les cas et dès le début des fièvres typhoïdes.

Les toniques dont je faisais le plus grand usage étaient une mixture camphrée édulcorée avec le sirop de quinquina; j'y ajoutais le plus souvent l'acétate d'ammoniaque, et quelquefois le polygala sénéka, lorsqu'il y avait quelque complication thoracique. J'ai fait usage des vins de Bordeaux et de Malaga, et de quelques boissons spiritueuses. J'ai aussi donné assez fréquemment le sulfate de quinine et le benjoin; le premier comme tonique; et le second comme expectorant.

Les effets des toniques n'ont point été aussi désastreux que quelques praticiens l'ont publié; au lieu de voir le pouls s'accélérer, la langue se sécher, et les dents s'encroûter de fuliginosités, c'était plutôt le contraire que l'on observait. Le pouls perdait de sa fréquence dans la majeure partie des cas, et ce résultat ne se faisait pas attendre longtemps, ainsi qu'on le verra dans le tableau ci-joint. Mais ce qu'il y avait de remarquable, c'est que chez plusieurs des malades traités par les toniques, le pouls est resté petit, mou et compressible pendant fort longtemps, et alors même que la convalescence était complète et promptement établie. Je ne sais comment me rendre compte de ce phénomène que j'ai observé assez souvent pour pouvoir le signaler aux praticiens comme un objet d'études. La peau, qui était chaude et sèche chez la plupart des malades traités par les toniques, est devenue fraîche et humide, et chez plusieurs elle était même si froide au toucher, que l'on a dû recourir les malades, les réchauffer et les nourrir, comme s'ils eussent éprouvé une grande déperdition de substance.

Chez les malades atteints de fièvre typhoïde assez graves pour qu'ils fussent traités par les toniques, la langue était toujours sèche et quelquefois fendillée, noirâtre et saignante; l'emploi des moyens excitants a triomphé de cet état morbide avec assez de rapidité, ainsi qu'on en jugera par le tableau ci-joint; on y verra que dans l'espace de trois ou quatre jours, la langue est devenue moins sèche, ce que j'ai désigné par l'épithète de sub-humide, et que dans huit à dix jours au plus la muqueuse buccale n'a pas tardé à reprendre son état normal. Je signale ce résultat comme l'un des plus constants effets des toniques, du moins chez les malades qui ont guéri; chez les autres, la langue est restée sèche et n'a éprouvé aucune modification sous l'emploi des excitants intérieurs, ce qui tenait, ou à la gravité de la maladie, ou à quelque disposition individuelle.

Tableau de l'état du pouls chez quatre malades atteints de fièvre typhoïde et traités par les toniques.

AVANT L'EMPLOI DES TONIQUES.	JOUR DE LA MALADIE OU L'ON A COMMENCÉ LE TRAITEMENT.							
	20e jour (1).		10e jour (2).		10e jour (3).		16e jour (4).	
	Langue.	Pouls.	Langue.	Pouls.	Langue.	Pouls.	Langue.	Pouls.
	sèche.	94	sèche.	100	sèche	100	sèche	100
2e jour.	subhumide.	80	sèche.	94	sèche	96	subhumide.	100
4e —	humide.	72	subhumide.	94	sèche	100	humide.	108
6e —	humide.	72	humide	84	sèche	84	subhumide.	104
8e —	humide.	72	humide	96	subhumide	84	subhumide.	102
10e —			humide	96	subhumide	74	subhumide.	100
12e —			humide	80	subhumide	80	humide.	96
14e —					humide	72	humide.	96
16e —					humide	72	humide.	90
18e —					humide	72	humide.	96
20e —							humide.	
22e —							humide.	76

On peut voir d'après ce tableau qu'il n'est pas exact de dire que l'emploi des toniques sèche la langue et augmente la fièvre; les deux propositions contraires seraient plutôt l'expression de la vérité, et cet heureux effet d'une médication stimulante ne s'est pas fait longtemps attendre, sauf dans un cas où il a fallu près de trois semaines pour obtenir une convalescence franche et complète.

Quant au délire, je l'ai vu plutôt diminué qu'augmenté par les toniques, et en examinant avec soin mes observations, je n'ai trouvé qu'un seul cas où il y ait eu une augmentation notable de l'agitation, de la loquacité et du délire; dans tous les autres cas, ces divers symptômes ont diminué ou ont disparu complètement. La même remarque s'applique à la diarrhée qui existait dans presque tous les cas où j'ai administré les toniques, et cette médication ne m'a paru avoir aucun effet fâcheux sur ce symptôme. En résumé, on peut dire que la médication tonique peut et doit être employée avec avantage dans un grand nombre de cas de fièvres typhoïdes; mais il vaut mieux cependant n'y avoir recours que dans les cas graves, lorsque les symptômes de stupeur sont très-prononcés, lorsque la faiblesse est considérable et que le malade porte avec lui une atmosphère fétide et comme gangreneuse; c'est alors que cette méthode de traitement sera suivie des plus beaux succès, et que l'on verra sous son emploi des malades revenir à la vie, et reprendre des forces alors qu'ils paraissaient voués à une mort certaine. Au reste j'ai eu l'occasion de faire une remarque pratique qui n'est pas sans importance, c'est qu'il est des époques où les toniques réussissent bien et d'autres où ils échouent; il y a quatre ou cinq ans que j'en tentai souvent l'emploi dans des cas où ils me paraissaient être tout à fait indiqués; mais alors leur usage ne fut d'aucune utilité, et presque tous nos malades succombèrent; si j'avais eu à donner une opinion sur l'emploi des toniques dans les fièvres typhoïdes, elle eût été alors bien défavorable, tandis que depuis deux ans les circonstances ont complétement changé, et c'est au contraire la médication excitante qui m'a paru réussir le mieux soit dans le début, soit lorsque les autres méthodes avaient échoué. Le phénomène qui dépend des constitutions médicales est, comme ce qui touche à cet objet, entouré de la plus grande obscurité; néanmoins je pense devoir signaler cette observation aux praticiens, et je le fais d'autant plus volontiers que, lors de mon séjour à Londres, il y a deux ans, les médecins des hôpitaux me dirent avoir fait une remarque semblable sur la modification des fièvres typhoïdes, qui, suivant eux, étaient beaucoup moins inflammatoires et beaucoup plus asthéniques que pendant les années précédentes.

Mais c'est peu faire que de s'occuper du traitement médical des fièvres typhoïdes, si l'on ne soigne l'hygiène de ces malades qui, semblables à des enfants, sont incapables de se rendre aucun service et ne peuvent se soustraire aux circonstances fâcheuses dont ils sont entourés. Ainsi que l'a très-bien fait sentir

(1) Sulfate de quinine, ratanhia et vin de Bordeaux.

(2) Acétate d'ammoniaque, camphre, sirop de quinquina et vin de Bordeaux.

(3) Idem.

(4) Idem.

M. Chomel, il est important de maintenir autour d'eux la plus grande propreté, de les changer et de les laver aussi souvent que les excréments viennent salir leur lit; il faut autant que possible avoir constamment l'œil sur ces malades et leur rendre une multitude de petits services que leur état réclame impérieusement.

Voici les règles que j'ai établies dans l'hôpital de Genève; tous les cas graves de fièvres typhoïdes sont transportés dans la partie de la salle la mieux ventilée; ils ont toujours deux lits à leur disposition, de manière à les changer dans tous les cas le matin et le soir, et plus souvent si cela est nécessaire; on fait la plus grande attention à la disposition des draps pour éviter les plis qui pourraient amener des eschares; on saupoudre les draps avec de l'amidon lorsque la peau est rouge et menace de se gangrener; si les malades ne se laissent pas aller dans leur lit, on place sous le drap une peau de basane qui, par sa surface unie, empêche les plis, et par conséquent les blessures du sacrum ou des trochanters; on a soin de laver souvent le visage et les mains, de manière à diminuer la chaleur brûlante de ces parties; les dents et la langue sont humectées et nettoyées au moyen d'un pinceau fait exprès. Si l'on ajoute à ces divers moyens hygiéniques l'ablation des cheveux par le rasoir, on aura l'ensemble des circonstances favorables auxquelles on soumet les malades atteints de fièvres typhoïdes graves, et l'on ne saurait trop insister sur leur importance, car le plus souvent de leur négligence résultent des complications assez fâcheuses pour entraîner la mort, alors même que le traitement médical eût réussit à triompher du mal.

RÉSUMÉ.

L'étude clinique des fièvres continues a, depuis plusieurs années, fixé mon attention et fait l'objet de mes recherches. J'ai fait connaître en 1836 les résultats de mon observation sur les fièvres continues de l'Angleterre, et j'ai montré qu'il y avait dans ce pays deux genres de fièvres continues très-distinctes l'une de l'autre; une fièvre sporadique peu contagieuse qui se rencontre dans toutes les parties de l'Angleterre, et qui ne diffère pas de notre fièvre typhoïde, et une fièvre éminemment contagieuse qui a sa source et son foyer en Irlande d'où elle se répand en Angleterre et en Ecosse, en suivant très-exactement les migrations des ouvriers irlandais.

Maintenant je viens de faire connaître les résultats de mes observations sur les fièvres continues de notre pays. L'existence d'une fièvre ou maladie bilieuse indépendante de la fièvre typhoïde a été niée dans ces derniers temps par plusieurs auteurs et en particulier par M. Chomel; j'ai cherché à reconnaître s'il existe réellement une maladie qui ait pu être confondue avec la fièvre typhoïde, et qui cependant en fût différente par les lésions anatomiques; j'ai cru pouvoir résoudre cette question par l'affirmative; c'est, au reste, ce dont on a pu juger par la lecture de ce mémoire. Mais en faisant cette recherche et en arrivant à la conclusion qu'il existe bien deux maladies distinctes, la fièvre bilieuse et la fièvre typhoïde, j'ai été amené à reconnaître que dans les cas légers il était bien difficile de les distinguer, et en outre qu'un grand nombre de cas que l'on désigne ordinairement sous le nom d'embarras gastrique ou de fièvre bilieuse sont, en réalité, des fièvres typhoïdes, présentant la plupart des symptômes caractéristiques de cette affection, et de plus dans un cas qui s'est terminé par une mort violente, j'ai trouvé toutes les lésions propres à la dothinentérite chez un malade qui avait travaillé jusqu'au moment de sa mort. Cette dernière observation m'a conduit à rechercher quel est l'état de l'intestin dans les premiers jours de la fièvre typhoïde, et j'ai été amené à conclure que le cas soumis à mon observation était probablement plus récent que tous ceux observés jusqu'à présent, c'est-à-dire qu'il ne remontait pas au cinquième jour. Le même fait m'a démontré également l'absence de toute injection ou trace d'inflammation dans les premiers jours de l'éruption intestinale.

J'ai souvent observé que la fièvre typhoïde se transmettait d'individu à individu, et je fais connaître dans ce mémoire quelques-uns des faits qui ont entraîné ma conviction sur la nature contagieuse de cette maladie. Cette conclusion se trouve en harmonie avec celle que la plupart des médecins de province ont tirée de leurs observations; tandis que, dans la capitale, les principaux praticiens affirment n'avoir rien vu qui pût les conduire à considérer la fièvre typhoïde comme contagieuse; mais il faut se rappeler qu'en matière d'observation, des faits négatifs, quelque nombreux qu'ils soient, ne peuvent détruire l'évidence déduite de faits positifs et bien avérés.

J'ai fait connaître l'influence des saisons sur le développement des fièvres typhoïdes, et montré que l'automne et l'hiver sont l'époque du maximum, et l'été et le printemps l'époque du minimum de ces maladies; la comparaison des diverses années entre elles nous a montré que les années variables et humides avaient compté un plus grand nombre de fièvres typhoïdes que lorsque la température avait été uniformément chaude et sèche.

L'étude de la mortalité des fièvres typhoïdes nous a montré qu'elle variait souvent d'année en année, qu'elle n'était pas plus considérable à Genève qu'à Paris; que chez les hommes elle était moins forte que chez les malades du sexe féminin, résultat contraire à celui du professeur de Carlsruhe, et différent de ceux obtenus à Paris; tandis que pour l'in-

fluence de l'âge sur le développement et la gravité de la fièvre typhoïde, j'ai pu confirmer des lois établies par MM. Chomel et Louis, en montrant que la jeunesse était l'époque du plus grand nombre des fièvres typhoïdes; mais qu'elles étaient d'autant moins graves que les malades étaient moins âgés, ce qui s'applique surtout à ceux qui n'avaient pas atteint leur vingtième année.

J'ai fait connaître les diverses observations que j'ai pu faire sur le traitement de la fièvre typhoïde; j'ai montré les bons effets des bains prolongés, et leur influence pour diminuer la fièvre et amender la plupart des symptômes. J'ai signalé les avantages que l'on retire des lavages froids ou tièdes pour remplir la même indication; mais en faisant remarquer que dans la saison froide, cette méthode n'est pas sans inconvénient. J'ai discuté la valeur des émissions sanguines dans la fièvre typhoïde, et montré que les résultats obtenus par M. Bouillaud n'étaient pas aussi extraordinaires qu'on pourrait le penser au premier abord, tout en reconnaissant cependant que les travaux du professeur de la Charité ont démontré l'innocuité des grandes émissions sanguines chez les malades atteints de fièvre typhoïde. J'ai montré quels sont les effets du traitement tonique et excitant, en étudiant jour par jour l'état du pouls et de la langue chez quelques malades soumis à cette médication; en passant en revue les diverses fonctions, j'ai vu que le traitement tonique bien loin d'être nuisible, réussissait souvent à triompher des cas les plus graves, et guérissait presque autant de malades que M. Bouillaud par la méthode des saignées coup sur coup.

Enfin, pour terminer l'histoire du traitement de la fièvre typhoïde, j'ai fortement insisté sur l'importance des soins hygiéniques bien entendus et continués pendant toute la durée du traitement; j'ai dit que dans l'hôpital de Genève je faisais presque toujours raser la tête du malade; je lui donnais deux lits et l'entourais de tous les soins de propreté si nécessaires à son état. Je m'estimerai heureux si ces études cliniques ont jeté quelque jour sur une maladie aussi grave, et surtout si elles contribuent à diminuer le nombre des victimes qu'elle fait annuellement.

Gazette médicale. — Mars 1839.

Mémoire sur l'emploi des douches, et des affusions froides dans le traitement de l'aliénation mentale; par M. Leuret, médecin de l'hospice de Bicêtre.

Est modus in rebus.

Les douches administrées dans le traitement de l'aliénation mentale consistent en un jet ou en une masse d'eau froide, venant d'un réservoir placé à cinq ou six pieds de hauteur, quelquefois même à huit à dix pieds, et que l'on dirige sur la tête de l'aliéné pendant qu'il est au bain. Si la masse d'eau est considérable, il semble à celui qui reçoit la douche et qui est en état de se rendre compte de ses sensations, qu'une masse d'un plomb glacial lui tombe sur la tête, et en même temps il perd la respiration, tant à cause de l'impression qu'il ressent, qu'à cause de l'eau qui, inondant sa figure, s'oppose au libre passage de l'air par le nez et par la bouche. Le pouls acquiert promptement une très-grande fréquence, et de 60 ou 70 pulsations il passe à 100, à 120 et plus. On cite un cas de mort après la douche, je ne sais s'il est bien constaté; on m'a rapporté un cas d'hémiplégie qui a duré seulement quelques heures, après une douche longtemps continuée. J'ai vu un épileptique qui, dans un accès de fureur, ayant saisi un couteau dont il voulait frapper les médecins et les surveillants, fut mis au bain et douché. La lutte violente qu'il soutint contre les surveillants ayant ajouté à son exaspération, la douche, quoique faible, lui fit perdre connaissance, et il eut pendant environ trois heures des attaques de son mal; mais dès le soir il était presque entièrement remis, et le lendemain il n'y paraissait plus.

Les effets de la douche varient suivant qu'elle est plus ou moins forte, et qu'elle dure plus ou moins longtemps. Le diamètre de l'ouverture qui donne passage à l'eau est depuis un demi-pouce jusqu'à six pouces: sa durée, depuis un quart de seconde jusqu'à une demi-minute. La douche de plusieurs pouces doit toujours cesser promptement; celle d'un demi-pouce ou d'un pouce a quelquefois été continuée jusqu'à dix et douze minutes: dans ma pratique, je ne l'ai pas donnée pendant plus de deux minutes, j'ai même assez rarement été au delà de trente secondes.

La douche forte ne peut être supportée impunément par aucun malade. Il n'en est pas de même de la douche faible: j'ai vu des malades s'y montrer presque indifférents, et quelques-uns la recevoir avec plaisir. Les malades qui la supportent le mieux sont ceux qui respirent à de longs intervalles, qui ont la poitrine large et forte, et qui n'ont aucune maladie des poumons et du cœur. Il m'est arrivé plus d'une fois, en faisant mettre un malade au bain pour lui donner la douche, de prévoir, à l'inspection de sa poitrine, quel degré d'obstination il mettrait à suivre mes conseils.

Rien de plus facile que de donner une douche; il suffit d'avoir des aides en assez grand nombre, et une baignoire munie d'un couvercle solide et percé d'une ouverture pour passer le cou du malade: ce qui est difficile, c'est de tirer parti, et un parti durable,

de ce moyen de traitement. Beaucoup de médecins redoutent d'en faire usage, et blâment ceux qui n'ont pas la même réserve qu'eux. Je l'ai employée dans la maison de santé de M. Esquirol, je l'emploie souvent à l'hospice de Bicêtre, et je puis affirmer que, si je n'ai pas toujours opéré la répression ou obtenu les concessions que je voulais, du moins il n'est jamais arrivé d'accident aux malades qui l'ont subie. Je dirai plus : les malades quittent rarement la baignoire sans me remercier et me serrer la main en signe de reconnaissance. La douche, cependant, leur est douloureuse, mais j'use à leur égard d'un procédé, ou plutôt d'un stratagème, dont l'idée m'a été fournie par l'observation d'un fait presque vulgaire et qui me réussit bien. Je me montre sévère et dur contre ceux qui ont fait une faute dont je veux les corriger, je trouve cette faute énorme, et j'ordonne un remède ou une punition (ces deux mots sont quelquefois équivalents) également énorme. Si la menace produit du repentir, je fais mes conditions et je pardonne; s'il a fallu un commencement de répression, j'y ai recours; dès que le malade cède, je m'arrête, et si j'obtiens de bonnes promesses, je me montre généreux sans réserve en faisant grâce du reste de la peine que j'avais prononcée. Il arrive alors, ce qui arrive dans le monde; on me sait gré du mal que je pouvais faire et que je n'ai pas fait, et j'inspire plus de reconnaissance que si je m'étais montré constamment bon.

Si le malade est trop obstiné, soit parce que son caractère est indomptable, ce qui n'arrive guère qu'aux natures perverses, comme sont les habitués des prisons, soit parce que le moment d'agir ou le moyen thérapeutique n'ont pas été bien choisis, me souvenant qu'avant tout il faut ne pas nuire, je fais interrompre la durée de la douche, sans pourtant laisser croire que je cède, mais en disant que je ne veux ni perdre mon temps, ni me fatiguer davantage à soigner un malade si peu digne que je m'occupe de lui. De cette manière, l'honneur est sauf. Je ne laisse pas croire à ma défaite, et je puis revenir plus tard sur le moyen déjà mis en usage, ou en employer un autre, sans que le malade soit encouragé dans son obstination par le souvenir d'un premier succès.

C'est une condition très-défavorable au traitement d'un aliéné, qu'il ne se plaigne pas de la douche, car s'il ne la craint pas, on n'en retire que peu d'avantages. L'action de l'eau froide tombant sur la tête produit un ébranlement dans toute l'économie qui, sans doute, est de nature à y opérer quelque changement capable de modifier l'état pathologique dans lequel se trouvent les aliénés, mais le résultat moral est bien autrement important que l'effet physique, et doit être mis en première ligne.

Dans la démence, je ne fais usage de douche que très-rarement; dans la manie aiguë, très-rarement aussi; dans la monomanie, au contraire, j'y ai très-souvent recours, et je l'emploie alors pour que les malades en aient peur et se décident à faire ce que je veux plutôt que de s'exposer à la recevoir. Aussi souvent que je puis la leur épargner, je le fais, et pour cela j'ai recours à mille moyens que me fournit le caractère du malade, la nature de sa maladie et l'inspiration du moment.

Obs. I. Pendant les premiers mois de mon service à Bicêtre, je voyais chaque matin un homme qui criait le jour et la nuit, qui n'écoutait aucune remontrance, n'était intimidé par aucune menace et qui avait exigé qu'on lui laissât croître la barbe, parce que, se croyant Jupiter, il voulait conserver cet ornement du maître des dieux. J'attache une très-grande importance à ce que les aliénés ne conservent rien d'extravagant dans leur tenue, par la raison que les concessions qu'on leur fait sur ce point deviennent toujours pour eux une aggravation de maladie. Je me décidai en conséquence à faire raser ce malade; mais afin de n'avoir pas à essuyer de sa part une vive opposition, ce qui n'eût pas manqué d'arriver si je lui avais intimé l'ordre de se laisser couper la barbe, j'ordonnai qu'en mon absence, et sans qu'on lui parlât de moi, on le mît au bain, dans une baignoire munie d'un couvercle, et sous la douche. En même temps, je prévins le barbier de se tenir prêt et de venir au premier signal. Cela arrangé, j'entre dans la salle de bains, et regardant le malade, je fais mine d'être étonné de le voir aussi négligé des surveillants, je reproche durement à ceux-ci de ne jamais peigner ni raser cet homme, je crie bien fort et j'ordonne qu'on fasse venir le barbier qui paraît aussitôt. Le malade ne dit mot, se laisse faire, on lui coupe les cheveux, on le rase, on le lave, il sort du bain et me remercie.

On juge facilement de ce qui s'est passé dans son esprit. Il était fixé dans sa baignoire, la douche était au-dessus de sa tête; il s'attendait à la recevoir, lorsque moi qui ne l'avais menacé de rien, contre lequel il n'avait aucun sentiment de haine ou de crainte, et qui pouvais lui faire donner la douche, je viens me plaindre de ce qu'on ne le soigne pas assez bien. Si je lui eusse laissé le temps de la réflexion, les choses ne se seraient probablement pas passées aussi doucement, mais je m'étais arrangé de manière à aller vite, parce que c'était la condition indispensable pour aller bien. Je n'ai pas entrepris la guérison de ce malade, quoique je ne crusse pas sa folie au-dessus des ressources de l'art, mais parce que à force de crier il s'était mis la poitrine dans un si mauvais état que je me serais exposé, en le traitant de sa maladie mentale, à aggraver son état physique. Toutefois je suis parvenu à l'empê-

cher de continuer ses cris. Placé dans la même cour que les autres aliénés agités, il criait à son aise et sans tenir compte des injonctions réitérées qui lui étaient faites de se taire, lorsqu'un matin, à la visite, je parus frappé de la raucité de sa voix, et j'annonçai qu'il devait avoir dans la poitrine une maladie grave qui se terminerait par un dépôt de sang. Il riait de mes craintes et de mon air inquiet, je continuai mon rôle, j'appliquai l'oreille sur sa poitrine, je l'engageai à se taire un moment et à faire une grande inspiration : il y consentit, et l'ayant ausculté, je déclarai que la maladie était plus grave que je ne l'avais auguré, car déjà le dépôt était rempli. J'indiquai aux élèves le lieu précis où était ce dépôt; les élèves appliquèrent l'oreille chacun à leur tour, et voulurent bien dire comme moi. M. Jules Picard, alors interne de la division, toujours ingénieux à trouver, en pareille circonstance, des raisons pour justifier mon diagnostic, parla de l'étendue que pouvait avoir le dépôt, et je décidai que le malade serait immédiatement placé à l'infirmerie. Là, m'adressant encore cette fois aux gens de service, je leur reprochai de souffrir que certains individus fissent du bruit dans la salle, et je leur enjoignis formellement de me signaler ceux qui, à l'avenir, se permettraient de troubler le repos de leurs voisins. Ensuite je leur recommandai le nouveau venu comme un homme tranquille et dont il fallait prendre un soin tout particulier. Celui-ci me remercia, et depuis lors, jusqu'à sa mort qui arriva cinq à six mois après, par suite d'une affection de poitrine, on n'eut plus à se plaindre de ses cris, et il put rester constamment avec des aliénés tranquilles.

Le premier résultat est dû en grande partie, sinon entièrement, à la crainte de la douche; le second a été plus facile à obtenir que l'autre, probablement parce que le malade, ayant déjà fait une fois autre chose que sa volonté, a été porté à moins de résistance pour la seconde fois. C'est beaucoup qu'un premier pas de fait, et l'on est presque sûr qu'un malade qui a reculé, reculera encore : l'important et le plus difficile est de pouvoir commencer.

Le malade dont je viens de parler a cédé devant la douche, comme cela est arrivé à beaucoup d'autres; ainsi l'action de ce moyen a-t-elle été ici purement morale. Je ne doute pas que dans les deux cas qui vont suivre cette action n'ait été de même nature, bien que la douche ait été administrée.

Obs. II. M. Antoine X., âgé de 37 ans, élevé dans les principes les plus sévères de la religion catholique, après avoir été employé dans une administration départementale, contracta des dettes de cabaret qui l'obligèrent à s'éloigner. Il vint à Paris où il obtint un emploi de rédacteur dans un bureau, se maria, devint père de famille, conserva ses principes religieux et cependant fit encore des dettes de cabaret pour le paiement desquelles ses appointements furent saisis. Il était ainsi privé de moyens d'existence pour lui et pour sa famille, lorsque son chef de bureau le déplaça et lui donna un emploi de simple copiste, mais en lui conservant les appointements de rédacteur. Il fut très-blessé de ce déplacement survenu dans un moment où il avait nourri l'espoir d'être élevé au grade de chef de bureau. Son amour-propre lui suggéra les idées les plus vaniteuses et ayant fait la connaissance de plusieurs partisans de la méthode Jacotot, il se persuada qu'avec du travail il allait devenir un homme de génie. Plein de cette espérance et malgré le travail auquel il se livrait pour la réaliser, il continua de boire et conservait néanmoins toujours purs ses principes religieux. A la fois plein de vanité, ivrogne et dévot, il était dans un état perpétuel d'agitation et de trouble. Condamnant ses fautes aussi sévèrement qu'un rigide censeur, il y retombait par une sorte d'entraînement auquel il ne pouvait résister. Tout cela le rendit fou, et on fut obligé, vu son agitation et sa pauvreté, de le conduire à Bicêtre, où il entra le 9 octobre 1837. Il n'avait pas la manie des ivrognes, appelée ordinairement *delirium tremens*, mais seulement une monomanie ambitieuse. Il se croyait un homme supérieur, voulait civiliser le monde, et malgré la douceur habituelle de son caractère, il s'emportait et s'indignait contre ceux qui doutaient de l'élévation de son génie. Ne le trouvant accessible à aucun raisonnement, après avoir attendu quelques jours pour juger de l'effet que produiraient sur lui l'isolement, la privation du vin, l'éloignement des *jacotistes*, et voyant que la maladie restait la même, je fournis au malade une occasion de s'emporter contre moi, et je le fis immédiatement conduire au bain. Quand il y fut, je racontai aux assistants comment cet homme qu'ils voyaient là, agissant en opposition aux principes religieux qu'il disait avoir, était devenu ivrogne, vaniteux et menteur; comment il avait osé soutenir devant moi le rôle impertinent de civilisateur du monde, et enfin comment j'allais le traiter pour le corriger de toutes ses fautes. Je lui donnai la douche. L'effet de ce remède et de l'anxiété qu'il produisit fut instantané. M. Antoine redevint ce qu'il était avant sa maladie, il renonça à toutes ses prétentions et promit de n'y plus revenir. J'insistai pour savoir si je pouvais compter sur la durée d'un aussi prompt changement, s'il ne pensait pas qu'une seconde douche fût nécessaire pour l'affermir dans ses bonnes résolutions, lui conseillant, s'il conservait quelque doute à cet égard, de recevoir la douche immédiatement, afin de n'être pas obligé d'y revenir le lendemain. Il me donna les assurances les plus formelles qu'il ne retomberait plus dans ses erreurs passées, et il les combattit par des raisons aussi bonnes que celles

dont j'aurais pu me servir moi-même. Il tint parole, resta encore un mois à l'hospice, et sortit guéri. Depuis sa sortie de l'hospice, j'ai eu de ses nouvelles, on ne le regarde pas comme une tête très-solide, mais il n'est pas redevenu aliéné.

Lorsque je demandais à ce malade s'il ne croyait pas qu'il eût besoin d'une seconde douche pour être affermi dans sa résolution de se conduire suivant la raison, je savais bien quelle serait sa réponse, aussi ma question avait-elle seulement pour but de le bien pénétrer de cette idée, savoir : qu'avec des actions et des paroles déraisonnables la douche ne manquerait pas d'arriver, et que pour éviter ce traitement, pour montrer qu'il n'était aucunement nécessaire d'y recourir, il fallait veiller sur toutes ses paroles et sur toutes ses actions. M. Esquirol l'a fort bien indiqué; l'attention est lésée chez la plupart des fous; il suffit souvent de les rendre attentifs pour les faire raisonner juste.

C'est ordinairement dans le bain et au-dessous de la douche que les monomaniaques sont capables d'attention et qu'ils prennent, quand on argumente convenablement avec eux, les meilleures résolutions; le cas suivant en offre un exemple assez curieux.

Obs. III. — Pompée a quarante-cinq ans : son grand-père était médecin, son père fermier : lui, occupé pendant les premières années de sa vie aux travaux de la ferme, il est venu à Paris dès l'âge de 16 ans où il s'est fait garçon limonadier. Son caractère a toujours été, comme il l'appelle, *monotone* et enclin à la réflexion; il a vécu maritalement avec une femme qu'il a conservée longtemps malade, pour laquelle il a dépensé beaucoup d'argent, et qui est morte en lui laissant une fille qu'il a élevée. La perte de sa femme et les dépenses qu'il a faites en la soignant sont pour lui de grands malheurs qu'il a supportés, dit-il, avec une philosophie extraordinaire. Mais il a éprouvé un autre malheur par suite duquel il est tombé dans un état si pitoyable, qu'on a été forcé de le conduire dans une maison d'aliénés. Ce malheur est, dit-il, d'avoir été presque regardé comme complice d'un vol commis par un sommelier avec lequel il était lié, au préjudice d'un restaurateur du Palais-Royal, chez lequel ce sommelier et lui étaient employés. Il fut appelé en justice pour déposer contre le voleur, et cette circonstance produisit sur son esprit une impression tellement profonde qu'elle le troubla. Naturellement rêveur et habitué à se promener seul dans ses moments de loisir, sa pensée se portait tantôt sur les grandeurs de la création, tantôt sur les ravages causés par le déluge, d'autres fois sur des sujets obscènes. Un jour, il imagina qu'il avait *sensualisé* avec des bêtes, et, pour le punir d'une aussi abominable pensée, Dieu le changea tout à coup en un autre homme : tout ce qu'il voyait avait quelque chose d'étrange, tout ce qu'il sentait ne ressemblait pas aux sensations d'autrefois. Chaque jour, il se détachait quelque portion de son corps, et ce qui restait à la place de ce qui était tombé, quoique semblable à la vue, était cependant tout à fait différent. Sa respiration s'éteignit, son corps fut dans un mouvement continuel, ses entrailles se collèrent les unes aux autres, et il perdit entièrement la force de travailler et même celle de se mouvoir.

— Ne saviez-vous plus reconnaître les objets que vous voyiez? — Je les reconnaissais, mais ils ne produisaient plus le même effet sur moi.—Les voix que vous entendiez étaient-elles différentes? — Je les reconnaissais encore, mais elles avaient quelque chose de particulier.—Les aliments avaient-ils aussi un goût particulier? — Je distinguais, même au goût, tous les aliments; je savais bien, et je sais bien encore, s'ils étaient bons ou mauvais, mais ils n'étaient ni bons ni mauvais de la même manière qu'autrefois. — Sentez-vous le besoin d'aller à la garde-robe, d'uriner? — Oui, mais pas comme autrefois. — Dormez-vous bien? — Ce n'est plus un sommeil naturel, c'est comme un assoupissement éternel. Si vous cessiez de parler, je m'assoupirais sur-le-champ. — Avez-vous des désirs? — Je suis tout à fait impuissant depuis que mon être est changé. — Aimez-vous votre fille? — Beaucoup : elle est tout à fait bonne et digne du prix Monthyon, mais j'ai peur qu'elle ne devienne comme moi, mon grand-père a perdu la tête en devenant vieux. Maintenant je suis éternel, je ne pourrai jamais mourir. — Peut-on vous faire mal?—Oui, je ressens la douleur bien plus fort que qui que ce soit. — Êtes-vous méchant? — Je n'ai jamais eu envie de faire de mal à personne.—Et à vous? — J'ai cherché à me jeter par la fenêtre, mais j'ai été arrêté par la crainte de vivre encore après m'être fait du mal.—Êtes-vous damné? —Il faut bien que je le sois, et ce que j'éprouve est une punition de Dieu, parce que j'ai voulu refaire la création.—Si tout le monde disparaissait, vous y resteriez en compagnie du Juif errant?—Le Juif errant a l'existence, et moi je ne l'ai plus. — Si quelqu'un pouvait vous guérir, que feriez-vous pour lui? —Ce qu'on voudrait. — Feriez-vous bien un pèlerinage à Rome en marchant sur la tête? — Oui sans doute, mais c'est impossible. — Lorsque vous direz que vous ressemblez à tout le monde, vous serez guéri. — Oui. — Et alors vous commencerez votre pèlerinage; le promettez-vous? — Je vous le promets.—Allons, courage, à demain : je m'occuperai de vous.

C'est là un fort beau cas de lypémanie, il durait depuis environ 15 mois, et le malade avait été traité inutilement deux mois dans une maison de santé de Paris, et trois mois à Charenton. Le 29 août 1837,

il était entré à l'hospice de Bicêtre, et son état ne s'était pas amélioré d'une manière sensible jusqu'au 24 mars 1838, jour auquel eut lieu la conversation dont je viens de rapporter les détails, et que M. Picard écrivait tandis que je causais avec le malade.

Le lendemain, suivant ma promesse, je m'occupai du traitement de Pompée; je le fis mettre au bain, et, à cause de sa maladie, de son désespoir, de sa faiblesse, de son inaction, je lui donnai la douche. Il eut mal et demanda grâce. C'est un remède, lui dis-je, qui est très-efficace, quoiqu'un peu dur, je vous le continuerai tous les jours, jusqu'à ce que vous n'en ayez plus besoin. — Mais je n'en ai plus besoin. — Déjà ! mais votre faiblesse qui vous empêche de travailler. — Elle n'est plus aussi grande, et je crois bien que je pourrai travailler. — Je ne le crois pas; et d'ailleurs vous êtes si triste ! — Je ne le serai plus. — Mais vous l'êtes maintenant.

Le malade fit un effort pour sourire et me montrer par là qu'il n'était pas triste. Je le poursuivis de questions qui avaient pour but de lui faire voir que je ne le regardais pas comme en aussi bon état qu'il le prétendait; et lui fit des réponses aussi affirmatives qu'il pouvait les faire pour me convaincre de l'heureux changement qu'il ressentait. Je le laissai sortir du bain, en lui promettant de l'y ramener dès que je m'apercevrais, à son air triste, à ses paroles ou à son inaction qu'il en avait encore besoin. Il n'en eut besoin que deux ou trois fois. Si je le voyais un peu triste, je l'abordais en paraissant le plaindre, lui demandant où il souffrait, lui rappelant ses malheurs, son éternité, son changement d'être, etc. Et s'il se laissait prendre à ce piége, vite il était envoyé au bain. Il ne fallut que très-peu de leçons semblables pour changer ses discours et ses actions : avec moi, il prenait un air gai et ouvert; j'ordonnai devant lui qu'on me rendît un compte exact de la manière dont il passait son temps, ce qui l'obligeait à se tenir en garde contre les surveillants et à être aussi gai avec eux.

Puisqu'il était gai, il pouvait distraire les autres; je lui confiai des mélancoliques à promener et à distraire, et il s'acquitta de cette tâche sans trop de maladresse. Il travailla : le travail des champs, établi avec tant de succès par M. Ferrus à l'hospice de Bicêtre, fut un bienfait pour lui, comme il l'est pour la plupart des aliénés qui consentent ou que l'on force à s'y livrer, et P... considéré comme guéri, quoiqu'encore *monotone*, fut rendu à la liberté, le 2 août suivant, c'est-à-dire environ un an après son entrée à l'hospice.

Il n'est pas aussi difficile qu'on le pense d'obliger un monomaniaque à parler sensément, même sur l'objet de son délire. La contrainte y sert, comme dans le cas de Pompée. Un malade soutient une assertion erronée, une folie, il prétend être Napoléon (c'est le cas d'une douzaine de malades que j'ai eus à traiter), je veux qu'il convienne, avant la douche, qu'il ne l'est pas : s'il résiste, il cède ordinairement une fois la douche reçue, non pas que son esprit y consente, non qu'il ne fasse des réserves, mais parce qu'il a peur, parce qu'il craint la douleur et qu'il emploie le seul moyen en son pouvoir de l'éviter. Alors, profitant de son premier aveu, je fais intervenir son amour-propre.

— Vous convenez que vous n'êtes pas Napoléon, c'est que vous avez peur ? — Non, je n'ai pas peur. — Si ce n'est pas à la peur que vous cédez, c'est donc à la raison ? — Oui. — C'est donc une chose raisonnable que de dire que vous n'êtes pas Napoléon ? — Oui. — Parbleu, afin de savoir si réellement vous n'êtes pas un poltron, je serai bien aise que vous me disiez votre nom ?

Le malade dit son nom; puis la partie ainsi engagée; j'obtiens autant de réponses que je puis, réponses qui rappellent au malade sa véritable personnalité et lui servent de leçon, bien préférable à celle que je pourrais lui faire moi-même.

Je ne me laisse pas décourager par une rétractation : je donne une nouvelle douche pour une répétition de folie, et, s'il le faut, je double la dose du remède. Un malade qui était dans ce cas avait reçu deux seaux d'eau froide sur la tête, il avait cédé étant dans la baignoire, mais sorti du bain et rhabillé, il se rétractait. Je le fis déshabiller et on lui jeta sur la tête quatre seaux d'eau; il céda encore, et rhabillé il se rétracta de nouveau. Je fis apporter huit seaux d'eau qui, mis en rang devant lui, l'effrayèrent de telle sorte qu'il céda tout de bon. Le sujet de cette observation est guéri, je publierai bientôt son histoire. Tel malade qui se résigne à une douche, ne se résigne pas à deux, et encore moins à quatre, et si vous le prévenez d'avance de ce qui l'attend, si surtout il sait par expérience que vous tiendrez parole, soyez presque assuré qu'il sera dompté sans recevoir une goutte d'eau. Cependant, je l'ai déjà dit, il faut s'arrêter à temps et ne pas nuire au malade; s'il est obstiné et que vous n'osiez persévérer dans vos moyens de contrainte, trouvez un biais, une manière adroite de vous arrêter sans paraître céder; et même, dans ce cas, ne regardez pas la partie comme perdue, car tel malade qui ne fait pas, après la douche, les concessions qu'on lui demande, parce que son amour-propre en est trop fortement excité, ne s'exposera peut-être pas une seconde fois à mériter une douche.

Une des précautions qu'il faut prendre lorsqu'on veut obtenir, par un traitement énergique, la réforme d'un aliéné, c'est de ne pas confondre ses idées d'homme raisonnable avec ses idées d'homme qui a perdu la raison. Je m'explique. Il y a dans l'esprit d'à peu près tous les hommes certaines idées

dont la justesse est fort contestable, et qui ne seraient pas du tout disparates si on les mêlait aux idées d'un fou. En religion, en politique, en philosophie, en médecine et même dans les sciences physiques, on en trouvera facilement de la nature de celles dont je veux parler. Que, parmi beaucoup d'idées folles, un aliéné laisse échapper quelques-unes de ces idées que volontiers j'appelerais hybrides, on éprouvera en les combattant une invincible résistance. Tandis que toutes les idées folles s'évanouiront pour ne plus revenir, ces idées resteront dans toute leur force parce qu'elles font partie de l'état sain de l'individu, elles appartiennent à son état raisonnable. C'est le roc primitif contre lequel la bêche du laboureur ne peut rien. Attachez-vous donc à bien distinguer la valeur et l'origine des idées que vous entreprenez de combattre en qualité de médecin; votre rôle est de ramener le malade à *son* état de santé et non pas d'en faire un homme différent de ce qu'il était avant de perdre la raison. Comme moraliste, le médecin peut et doit même essayer de corriger ses malades de leurs défauts et de leurs vices, mais il doit respecter leurs opinions et leurs croyances lors même qu'il ne les partagerait pas. Du moment où il dépasserait les limites de sa profession, s'il avait recours à la contrainte, il ne ferait plus de la médecine, mais de l'injustice et de la tyrannie.

Le cas suivant est celui d'un vieil ivrogne halluciné que j'ai guéri de ses hallucinations, et que je n'ai pas, sans doute, corrigé de son habitude de boire.

Obs. IV. S. admis à Bicêtre, le 7 septembre 1836, en vertu d'un ordre de la préfecture de police, est un ouvrier tabletier, âgé de 52 ans; son bulletin d'admission porte pour renseignements : « Usage habituel et immodéré des liqueurs spiritueuses. Les premiers symptômes de démence se sont manifestés il y a deux ans, mais depuis une année ils ont pris un caractère plus grave. Ils consistent en discours incohérents, dénués de sens; en divagations, et en actes de démence dans un établissement public. »

Cet homme a dans ses traits l'empreinte de la décrépitude et de l'ivrognerie; il travaillait fort peu, ne gagnait presque rien et battait sa femme. Un soir, il était devant le Jardin Turc, lorsqu'on y faisait de la musique. Tout à coup, il entendit les musiciens chanter : *S. est un voleur*. Il entra dans une grande colère, et dès le lendemain il alla chez le maître du café lui demander raison de l'insulte qu'on lui avait faite. Après cette scène qui ne se passa pas sans bruit, on l'engagea à aller se plaindre au commissaire de police. Il suivit ce conseil, mais le commissaire, voyant à qui il avait affaire, envoya S. à Bicêtre, lui assurant que là il aurait justice. Se voyant au milieu des aliénés et traité lui-même comme aliéné, regardant toujours comme fondé le motif de plainte qu'il avait dénoncé au commissaire de police, il se croyait victime d'une erreur, et s'attendait à une réparation et à des dommages et intérêts de la part du propriétaire du Jardin Turc.

Après être resté trois jours seulement à Bicêtre, il fut envoyé à la ferme Ste-Anne, établissement dépendant de cet hospice; et il s'y trouva en compagnie d'autres aliénés tranquilles et convalescents, qui tous se livrent au travail. Mais comme il n'est pas venu pour travailler et qu'il ne se trouve pas, à ce qu'il croit, dans la même catégorie que ses cohabitants, il se refuse à faire quoi que ce soit, et attend d'un moment à l'autre qu'on le rende à la liberté : il est dans la position d'un homme qui, victime d'une erreur, en attend tranquillement la réparation. J'entreprends de le dissuader, je n'y parviens pas; je l'engage à travailler, je le lui ordonne, il refuse, se fâche, et alors c'est la colère du délire. Je n'ai rien à lui commander, il n'est pas venu là pour travailler, qu'on le fasse sortir, il l'ordonne, on n'a aucun droit sur lui. Je le préviens que je vais l'envoyer à Bicêtre, il m'en défie grossièrement. Dès lors nous sommes fâchés, j'ai à me plaindre de lui et suis par conséquent en droit de le réprimer. Je le fais conduire à Bicêtre, et placer dans une division où se trouvent beaucoup d'aliénés agités et braillards. Il a grand'peur, et à la visite du lendemain je le trouve tout tremblant; cependant, quand je l'interroge, je m'aperçois qu'il a encore un peu de roideur dans les idées, et qu'il ajoute foi à ses hallucinations. Je ne cherche ni à le tranquilliser ni à le détromper; et faisant ma prescription comme s'il s'agissait d'une maladie ordinaire, je dicte : bain avec affusions froides sur la tête : six sangsues à l'anus. On continuera tous les jours les bains et les affusions. Je continue en effet, comptant non pas que le remède guérira le mal, mais que le remède fera répudier au malade ses idées déraisonnables. Au bout de six jours d'une sévérité continue, j'interroge S. afin de m'assurer du résultat des efforts qu'il a dû faire, je le trouve assez bien, très-soumis, très-accessible aux bons conseils, mais cherchant cependant encore à glisser dans ses réponses quelque chose de sa croyance à une insulte dont il aurait été l'objet. Je le relève vivement, et malgré ses prières, malgré ses promesses de ne pas retomber dans la même faute, je le fais conduire au bain comme pour lui donner la douche. Il est très-ému et implore son pardon. Je lui pardonne, et pour lui prouver que je suis sans rancune, je lui dis que, confiant dans sa parole, j'adoucirai volontiers sa position. Il me demande la grâce d'être reconduit à la ferme; j'y consens; il y va le jour même et s'y met au travail avec une ardeur qui ne s'est point démentie. Ses camarades disaient de lui : il est tout changé, on ne le reconnaît plus. Une

seule fois, en l'interrogeant, je m'aperçus qu'il n'était pas tout à fait convaincu d'avoir été malade; il consentait à dire comme je voudrais, mais sans être bien persuadé que j'avais raison. Je lui ai proposé de le renvoyer à Bicêtre, il m'a prié de ne pas l'y contraindre, en me promettant de croire en tout ce que je lui dirais. Depuis lors, je l'ai interrogé et fait surveiller exactement, sans avoir retrouvé en lui aucune trace de délire. Dès ce moment, j'ai dû songer à le faire sortir de l'hospice, mais sa femme en avait tellement peur qu'elle n'osait le reprendre. Devant nous, il se montrait bon pour sa femme et il nous assurait qu'il s'était toujours bien comporté envers elle et envers ses voisins. Il avait, au contraire, toujours été très-méchant pour sa femme qu'il battait tous les jours, et il avait souvent cherché querelle à ses voisins. Malgré les obstacles qui s'opposaient à ce que sa sortie fût aussi prompte qu'il aurait voulu, il prenait patience et ne se fâchait jamais : j'ai profité de l'autorité que j'avais sur lui pour tâcher de le ramener à une meilleure conduite; il fallait bien qu'il reçût mes remontrances, mais je ne sais s'il en aura profité. Malgré la crainte qu'il ne retombât dans l'ivrognerie, il a bien fallu le renvoyer : il n'est pas resté deux mois à l'hospice.

Que l'on ne se méprenne pas sur mon but quand j'ai prescrit des sangsues, des affusions, des bains et l'enfermement avec des aliénés agités, et que l'on n'attribue pas à ces moyens une action plus étendue qu'ils ne l'ont en réalité. Employés seuls contre des idées fausses, ils n'y font rien; on y soumet des années entières certains aliénés sans en retirer aucun avantage : ce qui fait, c'est la manière d'en tirer parti. J'ai ordonné des sangsues comme j'aurais ordonné un vésicatoire, un sinapisme, une potion dans laquelle j'aurais fait mettre du séné et de l'*assa fœtida*, un remède désagréable, incommode, ennuyeux et, s'il le faut, qui cause de la douleur. Par là le malade est distrait de l'idée qui le préoccupe; à cette idée vient se joindre l'idée du remède, et si le médecin persévère dans la même médication, les deux idées deviennent tellement inséparables que le malade, en cherchant à se délivrer de l'une, est aussi amené à se délivrer de l'autre. Les douches et les affusions ont cet avantage que l'administration en est facile, à peine dispendieuse, qu'elles causent une impression vive, forte, subite et sans danger; enfin qu'après leur emploi, celui qui les a subies est libre d'agir et peut faire le travail auquel on l'oblige. Il n'en serait pas tout à fait ainsi avec des agents chirurgicaux : le vésicatoire produit de la gêne dans les mouvements, et il agit avec lenteur; le cautère actuel fait une plaie qui est longue à guérir, etc., tandis que l'eau froide en douche ou en affusion n'a aucun de ces inconvénients.

J'ai employé les affusions dans le traitement d'un malade que m'avait confié mon excellent maître M. Esquirol; j'aurais compté sur un résultat plus prompt si j'avais eu à ma disposition un appareil de douches. Leur mode d'agir n'a pas été tout à fait le même que dans les cas précédents; l'effet moral a été, je crois, le plus grand, mais l'effet physique n'a pas été étranger à l'amélioration obtenue dans la santé du malade.

Obs. V. Un jeune homme d'un naturel faible et timide avait été pendant son enfance, beaucoup gâté par sa mère et beaucoup grondé par son père. Ses parents avaient pris de lui un soin extrême, ils s'étaient évertués à veiller sur toutes ses actions et autant que possible à les diriger. Envoyé au collége comme externe, on le détournait de la fréquentation de ses camarades et on le retenait au giron de la famille avec plus de soin qu'on n'en met ordinairement même avec les jeunes filles. Pour savoir ce qu'il faisait à chaque instant, on ne le perdait pas de vue et il avait pour chambre à coucher un cabinet donnant, par une porte vitrée, sur la chambre de sa mère. Naturellement timide, il se résigna à ce genre de vie, malgré la gêne qu'il en ressentait : doué d'intelligence et même de finesse d'esprit, il fit d'assez bonnes études, et dans la conversation il ne manquait pas d'enjouement. Mais la vie solitaire qu'il menait, l'habitude de la masturbation qu'il contracta, malgré tout ce qu'on avait fait pour la prévenir, le jetèrent dans un état de paresse et d'inertie impossible à décrire. Les promenades très-rares qu'on lui permettait, il ne les fit plus, sous prétexte d'avoir peu de temps pour se livrer à l'étude; sous le même prétexte, il se faisait attendre soit pour assister aux repas, soit pour se coucher, soit pour recevoir des visites. Mais au lieu d'étudier, il restait devant sa table aussi inactif d'esprit que de corps. On ne tarda pas à s'en apercevoir et on lui fit adresser à ce sujet force remontrances qu'il trouva fort justes, car son intelligence n'était pas dérangée, mais qui n'amenèrent aucun changement. Peu à peu la paresse augmenta au point que toutes les actions de ce jeune homme, qui approchait alors de l'âge de 20 ans, étaient d'une lenteur dont il est presque impossible de se faire une idée. Il se disposait à se coucher vers neuf heures, à dix heures et demie il n'avait pas encore fini de se déshabiller. Invité, pressé de se défaire d'un vêtement, il se mettait en devoir d'obéir, et il s'arrêtait sans avoir achevé. Par exemple, il restait un quart d'heure et plus immobile après avoir ôté une jambe de son pantalon, et sans se décider à défaire la seconde. Avant de toucher quoi que ce fût, il avançait vingt fois les mains et les retirait aussitôt. Dans son lit, il restait si complétement immobile qu'on le retrouvait presque toujours le matin exactement dans la même position qu'il avait prise ou qu'on lui avait donnée en se couchant. Plusieurs fois, pen-

dant l'hiver, lorsqu'on n'avait pas le soin de lui mettre les mains sous la couverture, il les laissait hors du lit, quelque basse que fût la température. Un soir, mis dans son lit par un domestique qui lui avait laissé une jambe en dehors de la couverture et dans une position gênante, on le trouva au bout de deux heures dans la même position. Pour se lever et s'habiller, c'était pis encore, mais ce qu'on aura peine à croire il ne mettait pas à table plus d'activité que partout ailleurs; ainsi en arrivant pour dîner lorsque l'on était au dessert, et qu'il n'avait pas mangé depuis fort longtemps, quand après beaucoup d'hésitation il avait pris une cuillerée de soupe, il ne la portait à sa bouche qu'en deux ou trois fois. Et de même pour tout le reste. Il était maigre, pâle, d'une faiblesse extrême. Il n'avait du reste rien perdu de son intelligence qui, excitée, répondait toujours juste. Il demandait qu'on l'aidât, qu'on le guérît, disant qu'il sentait lui-même combien sa position était affreuse, et prévoyant que s'il avait le malheur de perdre ses parents, son incapacité pour le travail le mettrait hors d'état de conserver sa fortune et le jetterait par conséquent dans la plus profonde misère.

Au commencement de l'année 1837, le malade fut conduit à M. Esquirol, qui voulut bien m'en confier la direction et qui m'aidait de ses conseils chaque fois qu'il en était besoin.

Je m'occupai d'abord de l'alimentation : c'était par là que je devais commencer; mais pour l'alimenter, il me fallait lui donner de l'appétit. Tous les matins à sept heures, bon gré mal gré, c'était en hiver, il fallait qu'il se levât, je le faisais habiller un peu brusquement afin qu'il finît par se déterminer à s'habiller lui-même, et j'exigeais que cela ne durât pas plus de cinq minutes. On lui lavait la figure et le cou à l'eau froide et en frottant la peau avec quelque rudesse, afin qu'il préférât se laver lui-même, ce que je ne lui permettais qu'à la condition de faire vite. Lavé et habillé, je l'envoyais à la promenade avec un ou deux domestiques, et je ne le laissais rentrer que pour l'heure du déjeuner. A table, s'il hésitait à manger, si son assiette restait pleine quand on enlevait celle des autres, je faignais de croire qu'il n'avait pas d'appétit et je faisais aussi enlever son assiette. Le déjeuner fini et après un repos assez court, je l'envoyais de nouveau à la promenade, malgré le mauvais temps, le froid ou la boue, ne lui permettant de revenir dans sa chambre qu'à la condition qu'il s'y occuperait activement. Au dîner, je faisais comme au déjeuner. Son appétit ne tarda pas à augmenter, ses forces revinrent, et l'obéissance lui fut moins pénible. En peu de temps, il mangea presque aussi vite que les autres, et je finis par obtenir qu'en mangeant, il fît les honneurs de la table où je dînais avec lui et quatre ou cinq autres personnes. Je m'aperçus un jour que, sans maigrir, il se pressait moins de manger et laissait même enlever son assiette avant d'y avoir touché. Je soupçonnai quelque tromperie de sa part; j'avais raison. En se promenant, il achetait des friandises qu'il mangeait aussi lentement qu'il voulait, ce qui lui permettait de satisfaire sa paresse pendant le dîner. Comme il partageait ses friandises avec son domestique, en lui recommandant le secret, il m'avait fallu deviner la vérité. Je prévins le renouvellement de cette faute, en ôtant au malade tout son argent.

La constitution devenue plus forte, je devins exigeant; il fallut que le malade fît lui-même sa toilette, et que le soir il se déshabillât. Je lui donnais cinq minutes pour le faire, et s'il ne se conformait pas à cette règle, on le conduisait au bain, où, placé dans une baignoire en partie pleine et quelquefois tout à fait vide, on lui jetait sur le corps des sceaux d'eau froide, non pas pour le punir, mais pour lui donner des forces et de l'agilité. Sorti de la baignoire, il fallait se rhabiller très-vite, sinon le remède fortifiant était de nouveau administré. J'y avais aussi recours quand le malade restait inoccupé. — Puisque vous n'avez rien à faire maintenant, lui disais-je, nous allons vous donner une affusion, ce sera toujours autant de gagné pour vous, car vous y trouverez de la force. D'ordinaire, il trouvait de la force, et se livrait de suite à quelque exercice qui le dispensait de l'affusion. Il ne recevait pas tout à fait le remède dans le même sens que j'avais l'air de le lui donner, il le regardait plutôt comme une punition que comme un moyen propre à le fortifier et il avait un peu raison; mais je n'en convenais pas, parce que le rôle de médecin me permettait de le poursuivre d'une constante sollicitude sans qu'il eût le droit de s'en fâcher, tandis que le rôle de grondeur perpétuel, rôle inutilement suivi par son père, lui aurait infailliblement donné de la haine contre moi.

Pour cultiver son intelligence et remplir sa journée, je l'envoyais aux cours de la faculté des sciences et de la faculté des lettres, il y prenait des notes et me rendait compte en rentrant de ce qu'il avait appris. Au besoin, les affusions froides lui eussent donné de l'attention et de la mémoire, comme elles lui donnaient de la force et de l'agilité. Dans les premiers temps, il était peu présentable, et il lui est arrivé de rester le nez bien sale et sans se moucher pendant toute une leçon. Les rires moqueurs des élèves ne le touchaient que faiblement, et s'il en prenait de l'humeur, c'était avec l'intention de ne plus retourner au cours, et pas avec celle d'être plus propre et plus décent à l'avenir. Mais les affusions l'empêchaient d'arrêter sa pensée au parti qui eût convenu à sa paresse, et l'obligeaient aussi à se tenir de manière à ne pas être remarqué.

Au bout de quatre mois environ de traitement, il avait non-seulement une bonne santé physique, mais

de la force et même de la promptitude dans les mouvements; il mangeait aussi vite que les autres, s'habillait et se déshabillait sans presque jamais avoir besoin d'affusions, et, dans la plupart de ses actions, il ne différait pas beaucoup d'un jeune homme de son âge tenu en tutelle, qui n'a pas eu de camarade et qui n'est pas allé dans le monde.

Par des circonstances indépendantes de ma volonté, malgré le désir qu'en avaient ses parents, et qu'il en avait lui-même, je n'ai pu lui continuer mes soins. Je l'ai quitté au mois de mai 1837, il est mieux qu'à cette époque, mais il n'est pas encore rétabli.

Les exemples qui précèdent font en partie voir ce que j'entends par médecine morale des aliénés. Ce n'est pas par des consolations et ce qu'on appelle de bons traitements que je prétends guérir les monomaniaques: les bons traitements, pour ces malades comme pour tous les autres, sont ceux qui les guérissent, et c'est à ceux-là que j'ai recours. Tel malade répète pendant des années entières : « Je suis damné », et on lui répond pendant le même temps : « Non, vous ne l'êtes pas; vous n'avez fait de mal à personne, et d'ailleurs vous vivez, vous êtes sur la terre, et sur la terre il y a miséricorde pour tous les pécheurs. » Cela n'y fait rien du tout. Le malade persévère dans ses terreurs comme le médecin dans ses consolations. Au lieu de consolations, usez de rigueur, excitez les passions, employez des dérivations morales, comme dans le traitement des maladies ordinaires vous employez des dérivations physiques, et vous aurez des succès.

Obs. VI. — Le 13 juillet 1838, j'ai vu une dame qui, placée depuis plusieurs mois dans une maison de santé, était restée presque invariablement la même. Inactive, rêveuse, triste, craignant d'être empoisonnée; disant que les personnes qui l'entourent sont des diables déguisés, refusant de s'habiller elle-même, ne prenant aucun soin de sa personne, fuyant tout le monde, s'asseyant, quelque temps qu'il fasse, sur la terre, sur l'herbe ou sur la pierre, ne mangeant que quand on la menaçait ou quand on lui mettait la camisole de force, ayant, du reste, une bonne constitution, étant bien réglée, et âgée d'environ 40 ans. La seule chose qu'elle demandait, c'était d'aller chez elle, ou à l'église, ou dans les champs.

Chargé momentanément de lui donner des soins, après l'avoir bien étudiée, j'ai décidé qu'elle s'habillerait proprement, sans aucun secours étranger, qu'elle mangerait à table, qu'elle travaillerait, se promènerait, et ne m'en voudrait pas de la rigueur dont j'userais envers elle. Je suis venu à bout de tout cela dans l'espace de deux jours, en plaçant la malade dans l'alternative continuelle ou de bien faire, ou d'aller au bain.—Je resterai huit jours au bain, me dit-elle, quand je voulus commencer, plutôt que de faire ce que vous voulez. — J'ai accepté le défi. Dans le bain, si elle ne parlait pas, j'attribuais son silence à la maladie, et pour cette maladie, je rafraîchissais le bain. Si elle ne me faisait pas de bonnes promesses, c'était encore sa maladie qui lui portait le sang à la tête, troublait ses idées, et l'empêchait de répondre convenablement, d'où la nécessité d'une affusion froide sur la tête. Quant à elle, je la voyais sourire de mes discours et se moquer de ma crédulité : elle attribuait à sa volonté et non à une maladie son obstination à refuser de suivre les conseils que je lui donnais. Je ne tenais pas compte de sa moquerie, je feignais de ne pas m'en apercevoir, et, ménageant ainsi son amour-propre, sans cependant paraître lui céder en rien, je la forçais à faire ma volonté. Le bain ayant amené des résolutions dont j'avais lieu d'être satisfait, il ne m'a pas fallu recourir à des moyens plus énergiques. Le second jour de son traitement, déjà moins engourdie que la veille, elle voulut être moins docile après le dîner qu'elle ne l'avait été auparavant, et me dit : Vous ne me mettrez pas au bain quand je viens de manger. Je lui répondis que j'avais des bains particuliers qui ne troublaient pas la digestion et qui n'avaient pas d'autre inconvénient que d'être plus désagréables à prendre que les bains ordinaires, et en même temps je dis à sa femme de chambre de faire préparer le bain des personnes qui ont mangé.

Comme la malade avait peu d'instruction, elle a été dupe de cette tromperie et ne m'a pas forcé d'accomplir ma menace; si elle m'eût défié, j'en aurais été quitte pour quelque nouveau stratagème qui m'eût donné raison. Quand on s'attend à des difficultés de cette nature, qu'on s'est exercé à les vaincre, que l'on a à sa disposition la raison et la force, on serait bien maladroit si l'on restait au dépourvu.

Dans chacune des observations que je viens de rapporter, l'eau froide donnée en douche ou en affusion a été d'une utilité incontestable : à la crainte que les malades en ont eue revient la plus grande part des résultats avantageux qu'elle leur a procurés; mise en usage *matériellement*, elle aurait eu peu d'effet, mais à l'aide de quelque artifice elle est devenue un puissant moyen de guérison. Je dirai donc de ce remède employé dans la monomanie, ce que Sydenham disait de l'opium employé dans le traitement des maladies ordinaires : *Ita necessarium est in hominis periti manu organum, ut sine illo manca sit, ac claudicet medicina.*

Archives de médecine. — Mars 1839.

Mémoire sur une forme d'encéphalite encore peu connue; par MAX. DURAND FARDEL, interne de la Salpêtrière, membre de la Société anatomique et de la Société médicale des internes.

(2e et dernier article);

§ III. Nous allons passer maintenant à l'analyse des symptômes dont nous avons présenté le tableau, et nous verrons jusqu'à quel point leur étude viendra à l'appui de la manière de voir que nous avons adoptée.

On objecte surtout l'instantanéité des accidents comme incompatible avec la nature de l'inflammation. Mais si je nie que le ramollissement ait existé au début de la maladie, ce n'est pas pour attribuer une forme aussi inusitée à l'inflammation dont ce ramollissement n'est lui-même que le résultat. Je crois que dans les faits que j'ai rapportés, la maladie a commencé par une simple *congestion* cérébrale. Cette interprétation des phénomènes qui se sont montrés au début me paraît en expliquer la marche de la façon la plus naturelle, et me semble d'accord aussi bien avec sa physionomie symptomatique qu'avec ses caractères anatomiques. Nous avons vu en effet que de ces derniers la congestion était le plus constant, le plus prononcé, qu'elle était à coup sûr le phénomène capital; que, quel que fût le degré ou l'étendue du ramollissement, de l'adhérence des membranes, de l'apoplexie capillaire, et même de la tuméfaction, la substance corticale était toujours colorée par le sang dans toute l'étendue d'un hémisphère au moins, quelquefois dans la totalité du cerveau; nous avons vu que les altérations qui accompagnaient cette rougeur, étaient toutes la conséquence nécessaire de la congestion.

Maintenant je ferai remarquer que les symptômes que nous avons observés sont précisément ceux de la forme de congestion cérébrale à laquelle on a donné le nom de *coup de sang*, ou que, s'ils en diffèrent, ce n'est que par leur durée souvent plus prolongée. Afin que cela ne fasse pas de doute, je vais citer une observation de congestion cérébrale, empruntée à M. le professeur Andral, et dans laquelle on verra se reproduire un ensemble de symptômes tout à fait analogues à ceux qui ont été décrits plus haut.

OBS. VII. — *Attaque d'apoplexie survenue pendant le cours d'une affection chronique des organes thoraciques et abdominaux; hémiplégie; mort deux jours après cette attaque. Injection vive de la substance des hémisphères cérébraux. Aucune autre lésion dans les centres nerveux* (1).

Un homme, âgé de 72 ans, atteint d'une affection chronique des organes thoraciques et abdominaux, perd tout à coup connaissance, et le lendemain matin présente l'état suivant : injection vive de la face, yeux fermés; lorsqu'on soulève les paupières et qu'on approche le doigt de l'œil, le malade les abaisse brusquement; dilatation médiocre, égale, des pupilles; légère déviation de la bouche à droite; hémiplégie complète du mouvement et du sentiment à gauche; mouvements libres à droite. L'intelligence est complétement abolie, le malade ressemble à un homme qui dort profondément; le pouls a perdu de la fréquence qu'il offrait les jours précédents. (Saignée, vésic. aux jambes, lav. purg.)

Dans la journée, le malade donne quelques signes de connaissance et parle un peu.

Le lendemain matin, son état s'était sensiblement amélioré, il répondait assez nettement aux questions qu'on lui faisait; la bouche n'était plus sensiblement déviée; la langue se tirait droite; les membres gauches exécutaient quelques mouvements. A onze heures, la face s'injecta de nouveau, et le malade perdit complétement connaissance. Le jour suivant, il était précisément dans le même état que l'avant-veille; il mourut à midi.

Les méninges sont partout assez vivement injectées. Dans toute l'étendue des hémisphères du cerveau, chaque tranche de pulpe nerveuse présente un pointillé rouge très-remarquable. Il y a quelques endroits où les points rouges, qui sont les orifices d'autant de vaisseaux remplis de sang, sont tellement agglomérés, qu'il en résulte des taches d'un rouge écarlate du diamètre d'une pièce d'un franc. Nulle part, d'ailleurs, la consistance de la substance cérébrale n'est modifiée.

Les symptômes observés dans ce cas sont entièrement semblables à ceux que j'ai décrits précédemment. La seule différence qui existe entre mes observations et celle de M. le professeur Andral, c'est que dans celle-ci la congestion est demeurée à l'état simple, tandis que dans les miennes elle s'est accompagnée de turgescence, et a été suivie d'un commencement d'inflammation; aussi dans un cas il a pu y avoir une rémission notable dans la marche des symptômes, tandis que dans les autres ils ont dû marcher jusqu'au bout sans éprouver aucun arrêt.

Je n'ai pas besoin, sans doute, d'ajouter que tous les auteurs qui ont écrit sur la congestion cérébrale ont insisté sur la difficulté, même sur l'impossibilité fréquente de la distinguer, à son début, de l'hémorrhagie cérébrale; et d'un autre côté on n'a pu méconnaître la ressemblance des phénomènes que j'ai décrits, avec les symptômes de l'hémorrhagie, ressemblance telle, que cette dernière maladie a été diagnostiquée dans presque tous les cas.

La congestion cérébrale peut, dès son principe, avant même que le ramollissement et les adhérences

(1) Andral. Loco cit. T. V. Obs. II.

des méninges aient eu le temps de se former, s'accompagner de cette tuméfaction, que les observations précédentes ne nous ont encore montrée qu'à une époque plus avancée. « C'est au moment où se développe la congestion sanguine, dit M. Lallemand, que commence cette turgescence extraordinaire qui produit le boursouflement du cerveau, et (dans le cas de perte de substance du crâne) son expulsion au dehors sous forme de fongus (1). » Or, c'est précisément à cette turgescence que les observations que j'ai rapportées doivent leur physionomie; c'est à elle qu'il faut attribuer surtout la persistance des symptômes de compression qui en forment le caractère le plus saillant. L'observation suivante, empruntée au professeur de Montpellier, montre avec quelle rapidité ce phénomène peut se développer (2).

Obs. VIII. — Un homme, âgé de 68 ans, imbécile depuis plusieurs années, gardait constamment le lit depuis quelques mois. Un jour qu'il mangeait avec avidité, il fut pris tout à coup d'une espèce de suffocation, tomba à la renverse, et expira au bout de quelques minutes, après deux ou trois agitations convulsives du tronc. Les deux ventricules latéraux étaient considérablement dilatés et pleins de sérosité transparente. Le corps cannelé gauche qui faisait une saillie plus élevée que le droit, et toute la substance cérébrale environnante, étaient d'un rouge uniforme assez foncé, dans l'étendue de deux pouces en tout sens.

L'auteur ajoute : « M. Dan de la Vauterie, qui rapporte cette observation, la regarde comme un exemple d'inflammation (3). Le gonflement du corps cannelé, devenu plus saillant que le droit, la rougeur uniforme assez foncée et circonscrite de la substance cérébrale, la promptitude de la mort avec un mélange de symptômes paralytiques et spasmodiques; toutes ces circonstances annoncent assez le début d'une inflammation aiguë, et l'état antérieur du malade explique assez la promptitude de la mort (4). »

Les cas de ce genre sont rares. On sait que la congestion cérébrale donne lieu rarement à la mort par elle-même, et que M. Rochoux lui en a même contesté le pouvoir, lorsqu'elle est dépourvue de toute complication (1). On conçoit encore que la forme de congestion cérébrale que nous avons décrite, agissant sur la périphérie, doive être en général moins promptement mortelle qu'une congestion qui, ayant son siége dans les parties centrales du cerveau, exercerait une influence plus directe sur les organes essentiels à la vie.

M. le professeur Rostan (2) rapporte l'observation d'une femme de soixante-deux ans qui, à la suite d'une pneumonie, fut prise tout à coup d'un coma profond, d'une hémiplégie gauche, et mourut en moins de vingt-quatre heures. Les circonvolutions de l'hémisphère droit étaient boursouflées et d'un rouge brunâtre, ainsi que la portion du cerveau sous-jacente, et la couche optique et le corps strié de ce côté. « Il y avait commencement de ramollissement, dit l'auteur de l'observation, ou plutôt toute cette partie offrait l'aspect d'un *effort hémorrhagique avorté.* » Il n'est pas question d'adhérences des méninges. Cette observation, semblable sous plusieurs rapports à celles que j'ai rapportées au commencement de ce travail, me paraît offrir un exemple de la même maladie, seulement à un degré moins avancé (3).

Une congestion vive qui persiste quelque temps dans un organe est naturellement suivie du développement d'une inflammation dont elle n'était que le premier degré. N'est-ce pas ainsi que se forment et le ramollissement que j'ai décrit, et les adhérences des méninges? Si l'on me reproche de me livrer à une pure hypothèse en décrivant une semblable succession de phénomènes auxquels je n'ai pu sans doute assister, on conviendra du moins que je ne suppose rien qui s'écarte de l'ordre le plus naturel.

---

(1) Lallemand. Let. 3, p. 432.

(2) Ibid. Let. 3, p. 330.

(3) Cette expression n'est pas très-juste. Il n'y avait pas encore *inflammation*, il n'y avait qu'une congestion locale très-intense.

(4) Le savant auteur des lettres sur l'encéphale, après avoir attribué à la tuméfaction du cerveau enflammé d'une façon aiguë, les symptômes généraux qui s'observent dans l'encéphalite, tels que l'affaiblissement de tous les sens, la somnolence, le coma, une hémiplégie complète..... ajoute : «Ce qui le prouve, c'est que les malades, chez lesquels une large ouverture a permis au cerveau de se dilater librement à l'extérieur, ont conservé l'intégrité de la vue et de l'ouïe du côté non paralysé..... C'est qu'ils ont été exempts de somnolence, de coma, etc.... Enfin, ce qui ne laisse aucun doute à cet égard, c'est que toutes les fois que dans des cas analogues on a voulu s'opposer à l'issue du cerveau, les malades sont alors tombés dans un état comateux et ont perdu l'intelligence,..» (Loco cit., p. 434.) C'est pour cette raison que M. Foville (Dict. de méd. et de ch. prat.) veut même que l'on traite l'encéphalite non traumatique par le trépan.

(1) Rochoux. Art. Coup de sang, du Dict. en 25 vol. T. 9.

(2) Rostan. Loco cit., p. 146. Obs. 39.

(3) M. le professeur Bouillaud assigne comme caractère à la congestion ou au premier degré de l'inflammation du cerveau, une augmentation de consistance, ou une légère induration de la substance cérébrale (Traité de l'encéphalite, p. 229). Un certain nombre de faits me portent à croire que dans la substance grise, au moins, la congestion amène avec une grande rapidité une diminution notable de la cohésion de son tissu.

Ce qui m'a toujours fait penser que le ramollissement n'était pas nécessairement lié à l'altération de couleur et de volume des circonvolutions, qu'il n'était pas de même date et de même formation, c'est que sur les points malades, à côté de circonvolutions ramollies, j'en trouvais d'autres aussi rouges, aussi tuméfiées, et ne présentant aucune diminution appréciable de consistance; c'est que les adhérences de la pie-mère m'ont toujours paru en rapport exact avec les surfaces ramollies, et que la seule observation dans laquelle nous n'ayons pas remarqué plus d'adhérences du côté malade que du côté sain, est celle aussi qui nous a présenté le ramollissement le moins prononcé, puisque, suivant l'expression de son auteur, il n'y avait que *tendance* au ramollissement; et cependant la rougeur et la turgescence de la substance corticale étaient considérables; c'est qu'enfin une semblable altération de la substance cérébrale peut se rencontrer sans ramollissement. Qu'est-ce donc, encore une fois, que ce ramollissement qui se développe consécutivement à une congestion cérébrale, qui s'accompagne d'adhérence des membranes, si ce n'est un ramollissement inflammatoire? Cela ne ferait aucun doute, il faut bien en convenir, si les symptômes avaient revêtu une autre forme.

Aussi je crois que si deux altérations identiquement semblables donnent lieu à des phénomènes différents, il faut rechercher à quelles modifications plus ou moins faciles à apprécier on doit rapporter ces différences, au lieu de supposer que la maladie a changé de nature, parce que sa forme symptomatique a varié d'aspect. Il ne me sera pas difficile de citer des exemples à l'appui de cette manière de voir. L'hémorrhagie de l'arachnoïde donne lieu quelquefois à des symptômes successifs tout à fait semblables à ceux du ramollissement cérébral, tels que céphalalgie, affaissement graduel de l'intelligence et des sens, roideur des membres, etc. Si bien que M. Rostan ne croit pas possible de distinguer ces deux affections l'une de l'autre (1). D'autres fois, au contraire, elle débute d'une manière foudroyante, absolument comme l'hémorrhagie cérébrale dont elle revêt tout à fait la physionomie. Quelle différence y a-t-il donc entre ces deux formes de l'hémorrhagie de l'arachnoïde, si ce n'est que dans l'une le sang s'est épanché lentement, tandis que dans l'autre l'épanchement s'est produit tout à coup? Aussi dans ces deux cas trouve-t-on la même altération anatomique, parce que la nature de la maladie était la même. Qui affirmera que dans les cas où l'on rencontre un épanchement considérable de sérosité limpide dans les ventricules ou en dehors du cerveau, sans aucune altération appréciable des tissus qui ont sécrété ce liquide, la maladie est de nature différente, quand il y a eu de la céphalalgie, du délire, des mouvements spasmodiques, etc., ou quand elle a débuté subitement par le coma, la résolution des membres, etc. Je conçois bien que l'on ait donné à l'une de ces formes le nom de méningite, à l'autre celui d'apoplexie séreuse; mais au fond, il serait peu logique de s'appuyer sur ces différences de forme pour établir que l'on a eu affaire à deux maladies de nature différente.

L'allusion que je viens de faire me paraît d'autant plus juste, qu'elle porte sur des phénomènes presque semblables à ceux dont je discute la valeur.

On opposera peut-être au développement de l'inflammation que j'ai admise, l'absence de tout symptôme inflammatoire comme en contradiction avec une semblable assertion. Mais il est d'observation que s'il survient une inflammation dans le cerveau, tandis que cet organe est soumis à une compression forte et générale, les signes qui pourraient la traduire à l'extérieur, tels que la céphalalgie, le délire, les convulsions, etc., doivent manquer; car la production de ces phénomènes, qui ne sont en définitive qu'une modification ou une exagération des fonctions cérébrales, exige nécessairement une condition du cerveau tout à fait différente de l'état de compression qui entraîne, si je puis ainsi dire, la négation des fonctions de cet organe (1). « En effet, lorsque les capillaires sont distendus par le sang, dit le docteur Copland, comme le cerveau est entouré de parois inextensibles, il doit arriver que les veines se laissent proportionnellement comprimer, ce qu'augmente encore la force de la circulation dans les artères. Ainsi la circulation se trouve retardée, la portion du système ganglionnaire qui est annexée au cerveau (*the portion of ganglial system supplying the brain*) se trouve aussi jusqu'à un certain point engourdie par l'accroissement de la pression à laquelle elle est habituée, et les fonctions de l'organe sont abolies, quoiqu'il n'existe pas d'épanchement (2).» Le professeur Lallemand dit que lorsque l'inflammation a son siége dans la substance même du cerveau, la congestion est trop violente, son tissu trop promptement altéré pour qu'il puisse continuer d'agir (3).

(1) Rostan. Loco cit. — Andral. Loco cit. T. 5, p. 11 et s. — Longet. Thèse inaug. P. 185, n° 94.

(1) Si à la suite d'une hémorrhagie cérébrale les signes d'une inflammation consécutive manquent souvent, bien que l'étude des foyers anciens démontre l'existence constante d'un travail inflammatoire, n'est-ce pas en général à la compression exercée sur le cerveau par le sang épanché qu'il faut l'attribuer?

(2) Copland. Dict. of practical medecine, p. 93.

(3) Lallemand. Loco cit. Le. 2, p. 247.

Ce que je viens d'avancer me paraît susceptible d'une sorte de démonstration qui, si je ne m'abuse sur sa valeur, me semble appuyer fortement la manière de voir que j'ai développée dans le cours de ce travail.

En général quand cette même altération des circonvolutions, que nous avons vue donner lieu à des accidents apoplectiformes subits, est circonscrite dans un espace étroit, au lieu d'occuper une large étendue, et par conséquent ne peut produire une compression générale du cerveau, on observe pendant la vie des symptômes d'encéphalite ou plutôt de méningo-céphalite qui ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de la maladie. Ceci rentre dans une classe de faits bien connus, et dont l'histoire est assez éclairée ; mais je crois cependant convenable d'en citer plusieurs exemples, afin de rendre plus frappant un rapprochement qui, je crois, n'a pas encore été fait.

Obs. IX. — *Pneumonie. Agitation, délire; puis abattement profond; mort 2 jours après l'apparition de ces derniers symptômes. Rougeur, ramollissement superficiel, et adhérences de quelques circonvolutions.*

La nommée Marie Magrod, âgée de 75 ans, entre, le 1er mai 1838, au n. 21, de la salle St-Antoine. Cette femme se plaint d'une douleur sous-sternale qui se prolonge sur le sein droit, et présente en avant et à droite les signes d'une pneumonie au second degré. Il y a de la fièvre, un peu d'oppression. (Saignée de 3 pal.)

2 mai. La physionomie est animée d'un caractère étrange; la malade a eu hier beaucoup d'agitation, de délire, tenant des propos incohérents, quittant son lit à chaque instant; elle parle sans cesse, assure qu'elle est depuis longtemps dans la salle.... Le pouls est petit, assez fréquent. (Looch blanc avec tartre stibié gr. x.)

Le 3 Abattement profond, pouls fort petit et fréquent, quelques selles. (Tartre stibié, gr. xv.)

Mort le lendemain matin dans une extrême prostration.

Les méninges n'offrent rien à noter, si ce n'est quelques adhérences peu intimes de la pie-mère avec la partie antérieure de l'hémisphère gauche. A la partie externe et antérieure de cet hémisphère, trois ou quatre circonvolutions présentent une coloration rose assez vive, avec un ramollissement prononcé, mais qui n'occupe comme la rougeur que la partie la plus superficielle de la substance corticale. Cette altération, qui a tous les caractères d'une inflammation récente, ne pénètre pas au fond des circonvolutions. Un peu de sérosité limpide dans les ventricules latéraux.

Les phénomènes cérébraux qu'a présentés cette maladie s'observent souvent dans la pneumonie, sans que l'on rencontre dans l'encéphale aucune lésion qui les explique. Je ne crois pas cependant qu'il soit possible de douter de la relation qui existait dans ce cas entre ces phénomènes et l'altération que nous avons rencontrée dans le cerveau; d'autant plus que ces symptômes peu prononcés paraissent parfaitement en rapport avec une altération aussi superficielle, aussi peu étendue.

Obs. X. — *Démence. Accès épileptiformes suivis d'hémiplégie gauche; mort 48 heures après leur première apparition. Ramollissement chronique du lobe postérieur de l'hémisphère droit, inflammation aigüe des circonvolutions voisines.*

La nommée Beaufils, âgée de 62 ans, en démence depuis plusieurs années, était tombée dans un état d'imbécillité complète. Elle ne présentait aucun signe de paralysie, si ce n'est une légère difficulté de la parole, et depuis trois mois, l'émission involontaire de l'urine et des fèces.

Le 21 août 1838, elle fut prise tout à coup d'une attaque d'épilepsie bien caractérisée; les muscles des membres et de la face étaient agités de fortes secousses convulsives, surtout à gauche; la bouche fortement tirée de ce côté; la face tuméfiée et violacée; une écume sanguinolente sortait de la bouche. Plusieurs attaques semblables se reproduisirent dans la journée, durant un quart-d'heure, une demi-heure, et furent suivies d'un état complet de résolution et d'insensibilité. Le pouls était très-petit et d'une grande fréquence.

Le lendemain, coma profond sans aucun signe de connaissance; pupilles immobiles un peu resserrées; hémiplégie gauche sans roideur; insensibilité générale presque absolue; respiration fréquente, râle trachéal, pouls à peine sensible.

Mort le 23, juste 48 heures après l'apparition des accidents épileptiformes.

Autopsie 32 heures après la mort.

Les sinus contiennent un peu de sang liquide et en caillots. Les vaisseaux de la base du crâne sont sains. La cavité de l'arachnoïde contient une assez grande quantité de sérosité; son feuillet viscéral est très-transparent. Un peu d'infiltration séreuse de la pie-mère, avec une injection sanguine très-vive et qui dessine parfaitement ses vaisseaux les plus déliés. Tout le lobe postérieur de l'hémisphère droit est converti en une bouillie blanche à l'intérieur, d'un jaune fauve à l'extérieur, comme infiltrée d'un liquide blanchâtre, lait de chaux. Les circonvolutions

sont tout à fait déformées; le ramollissement s'étend profondément jusqu'à la partie postérieure du ventricule latéral, dont les parois elles-mêmes sont intactes.

Au-devant de cette altération, on voit plusieurs circonvolutions de la convexité colorées en rose assez vif, volumineuses et largement arrondies, superficiellement ramollies. Cette coloration rose et ce léger ramollissement n'intéressent que la superficie de la substance corticale. La pie-mère, qui partout ailleurs s'enlevait avec une grande facilité, présentait au niveau du ramollissement blanc du lobe postérieur des adhérences intimes et impossibles à détacher, et au niveau des circonvolutions rouges et tuméfiées, des adhérences nombreuses, molles, et qui en laissaient la surface inégale et comme tomenteuse.

Un peu de sérosité dans les ventricules. Rien à noter dans le cervelet, la moelle allongée et la moelle épinière.

Poumons sains, à part une infiltration sanguine de la base du poumon gauche.

Cette observation offre beaucoup de ressemblance avec l'observation IV de ce mémoire. Dans les deux cas, à un ramollissement chronique de toute une extrémité d'un hémisphère (1), nous voyons tout à coup s'ajouter une altération aiguë des circonvolutions voisines, dont le développement instantané est annoncé par l'apparition soudaine des symptômes. Seulement, dans le premier, le coma et l'hémiplégie se montrent dès le début, comme dans l'apoplexie; dans l'autre ils sont précédés de phénomènes épileptiformes, signe certain d'un état d'irritation des centres nerveux. Faut-il chercher la raison de cette différence dans la marche plus ou moins rapide de la congestion cérébrale qui a été sans doute le premier degré de l'altération? Il suffira peut-être de faire observer que lorsque la maladie avait débuté par des signes d'apoplexie, de compression, l'altération était assez considérable pour avoir aplati, pressé contre la voûte du crâne presque toute la superficie de l'hémisphère malade; que dans le cas où des signes d'irritation s'étaient manifestés, il n'y avait ni aplatissement ni compression des circonvolutions, bien que quelques-unes d'entre elles présentassent un certain degré de turgescence. Ce fait vient donc encore confirmer la part que nous avons attribuée, dans la production des symptômes, à la tuméfaction et par suite à la compression des circonvolutions.

(1) Il faut remarquer que dans le cas où le ramollissement occupait un lobe antérieur, l'intelligence était demeurée intacte; que dans celui où il siégeait au lobe postérieur, le seul symptôme qui eût pu dévoiler sa présence était un état de démence.

Il serait, je pense, inutile de citer un plus grand nombre de faits de ce genre; on en trouvera sans peine dans les ouvrages de MM. Bouillaud (1), Lallemand (2), Andral (3), Abercrombie (4), etc.

§ IV. En résumé, voici comment je conçois la marche de la maladie qui fait le sujet de ce travail.

On peut réduire à trois le nombre des éléments qui constituent son état anatomique: congestion, turgescence, ramollissement avec adhérences.

La congestion se montre d'abord subitement et sans cause appréciable, ce qui est, on le sait, un des caractères de la congestion du cerveau, particulièrement chez les vieillards. Il est certain que l'on voit souvent survenir, chez les personnes d'un âge avancé, des accidents de formes diverses, que l'on ne peut guère rapporter qu'à une congestion cérébrale, et dont la cause est le plus souvent difficile à apprécier, quels que soient l'état du cœur, l'état de maladie ou de santé, la constitution atmosphérique, etc. Du reste, parmi les cas que nous avons observés et cités, une fois l'existence d'un ramollissement ancien (obs. IV), deux fois une maladie chronique longue et débilitante (obs. I et II) peuvent être considérés comme cause des accidents qui ont terminé la vie; une fois (obs. III) nous avons vu que la malade avait déjà éprouvé à plusieurs reprises des symptômes de congestion du côté du cerveau. Mais dans un cinquième fait (obs. V), des renseignements positifs nous ont appris que l'attaque à laquelle a succombé la malade n'avait été précédée d'aucun accident que l'on pût rapporter au cerveau, et cette dernière observation nous paraît même démontrer que l'invasion de la maladie est réellement aussi subite qu'elle le paraît: car, bien qu'il ne soit pas rare de voir une affection ancienne et chronique se montrer tout à coup par des accidents imprévus, je pense que dans presque tous les cas de ce genre, au moins, on peut, en remontant au passé, s'assurer de l'apparition de quelques symptômes, légers si l'on veut, mais cependant indice certain d'un travail pathologique des centres nerveux.

A la congestion s'unit naturellement la turgescence, et nous avons vu plus haut que ces deux phénomènes, dépendant l'un de l'autre, se produisaient presque en même temps.

Le ramollissement et les adhérences des méninges se forment ensuite: caractères inflammatoires de la maladie à laquelle ils s'ajoutent, ils ne se développent pas au début, mais se montrent consécutivement et au bout d'un temps très-court, car les lésions

(1) Bouillaud. Traité de l'encéphalite.
(2) Lallemand. Loco cit.
(3) Andral. Loco cit.
(4) Abercrombie. Traité des maladies de l'encéphale.

inflammatoires se forment avec une grande rapidité dans le cerveau. Supposera-t-on que ces dernières altérations existaient depuis longtemps, et qu'on ne les rencontre là que comme épiphénomène de la congestion qui a terminé la vie, ou bien encore en fera-t-on une affection chronique cause elle-même de la congestion, dont nous la croyons une dépendance? Quoique nous ayons cru pouvoir établir précédemment que l'étendue, la forme, la nature de ce ramollissement, ne permettent pas de le regarder comme une altération primitive, essentielle, nous devons convenir cependant que la date d'un ramollissement est en général une chose difficile à constater, et dont l'appréciation est peut-être un des écueils de cette partie si importante de la pathologie des centres nerveux. Mais ce que nous affirmons, c'est que les adhérences des méninges avaient tout à fait le caractère d'une lésion récente. Nous avons eu souvent occasion d'observer des adhérences anciennes des méninges au cerveau, soit chez des vieillards, soit chez des aliénés ou des épileptiques, et nous demanderons à tous ceux qui sont habitués à de semblables recherches, s'il n'est pas possible et même facile de distinguer des adhérences chroniques de la surface du cerveau, ordinairement fermes et déchirant la substance corticale, de ces adhérences molles et humides, si je puis ainsi dire, qui caractérisent une méningite aiguë (1).

On voit que ce travail est surtout basé sur l'anatomie pathologique. Quelques personnes m'en feront peut-être un reproche; mais quand même il serait fondé en principe, et nous ne prétendons pas en discuter ici la valeur, cela ne détruirait pas les résultats auxquels nous croyons être arrivé. Nous sommes convaincu, du reste, par une observation attentive de la symptomatologie cérébrale, qu'il est impossible de baser sur sa seule étude l'histoire de la pathologie cérébrale. Nous croyons, avec plusieurs praticiens expérimentés, que la symptomatologie du cerveau est encore aussi obscure qu'est facile et perfectionné le diagnostic des maladies de plusieurs autres organes: or, si jamais il convient de recourir aux lumières que peut fournir l'anatomie pathologique, c'est lorsque la séméiologie nous les refuse aussi complétement; et je ne veux d'autre preuve de ce que j'avance, que l'histoire de la science pour la pathologie cérébrale, l'ignorance extrême où l'on était resté sur ce sujet avant la découverte de l'anatomie pathologique, et ce fait incontestable, que l'on n'a pas fait un seul pas dans cette partie de la science sans s'appuyer sur l'anatomie pathologique.

§ V. J'ai cherché à démontrer la nature inflammatoire d'une affection dont les caractères anatomiques et les symptômes forment un groupe d'un aspect assez particulier, pour justifier l'étude spéciale que j'en ai cru devoir faire.

Il eût été sans doute plus logique de commencer par présenter la description complète de cette maladie, et de n'aborder qu'après cette étude préliminaire la question de sa nature pathologique. Mais les faits que je possède, s'ils m'ont paru suffisants pour éclairer cette dernière question, ne sont certainement pas assez nombreux pour qu'il soit possible d'en rien conclure sur l'étiologie, le traitement de la maladie, ses rapports avec l'âge, la constitution, l'état du cœur, etc. Je vais seulement entrer dans quelques détails sur le diagnostic, car je pense que les faits que j'ai rapportés forment un type qui se reproduira sans doute plus d'une fois, et auquel il serait bon de pouvoir assigner des caractères distinctifs. Malheureusement nous allons voir que cette étude ne nous donnera que des résultats peu satisfaisants.

Dans les cinq observations auxquelles nous avons assisté nous-même, trois fois seulement nous avons pu constater avec précision l'instantanéité du début; deux fois (obs. I et II) les accidents n'ont été reconnus que lorsqu'ils duraient déjà depuis plusieurs heures, mais probablement ils avaient débuté comme les précédents. Deux fois seulement (obs. IV et V) on a trouvé de la contracture : mais il faut noter que la maladie était moins étendue, la compression moins forte, que la mort fut moins prompte que dans les trois autres cas; que deux de ces derniers n'ayant pas été observés à leur début, ce symptôme a pu exister sans être remarqué; il faut noter encore que dans l'observation V, où la contracture fut très-forte, presque générale, les circonvolutions étaient moins tuméfiées, et par conséquent moins comprimées que dans les autres cas. J'insisterai d'autant plus volontiers sur cette dernière circonstance, que

(1) Il me paraît exister un rapport assez curieux entre la maladie qui vient d'être décrite et l'*érysipèle*. De même, en effet, que ce dernier n'affecte que le derme dont la rougeur est le principal phénomène qui le caractérise, de même l'encéphalite superficielle se circonscrit à la couche corticale du cerveau ; seulement, comme dans l'érysipèle, l'inflammation s'étend souvent aux tissus sous-jacents, plusieurs fois aussi nous avons vu les parties profondes participer à l'inflammation des circonvolutions. La tuméfaction légère qui dans l'érysipèle résulte d'une sorte d'érection du derme (et qu'il ne faut pas confondre avec l'engorgement sous-cutané), ne ressemble-t-elle pas parfaitement à la tuméfaction de la substance corticale congestionnée? Dans les deux maladies, on voit quelquefois la rougeur et la tuméfaction s'arrêter assez brusquement aux limites du mal; enfin notre encéphalite se développe parfois comme l'érysipèle autour d'une altération chronique, ce qui paraît ajouter une analogie de cause à celles qui viennent d'être indiquées. Si ce rapprochement, qu'il ne serait pas impossible de pousser plus loin, est juste, s'il n'est pas seulement le fruit de mon imagination, il me paraît de nature à fixer l'attention, et à fournir un nouvel appui aux idées que je viens de développer dans ce travail.

la malade qui fait le sujet de cette observation fut celle qui donna le plus de signes de connaissance jusqu'à la mort. On se rappelle que nous avons cru pouvoir rendre compte de la compression, résultat de la turgescence du cerveau, de la forme des accidents, et en particulier des phénomènes de compression qui les caractérisent. Dans un cas seulement (obs. II) la résolution fut générale; c'est que la maladie occupait également les deux côtés du cerveau. D..ns les autres, la paralysie ou la contracture étaient à peu près limitées au côté opposé à l'altération du cerveau.

La sensibilité a paru généralement conservée, ce qui rapproche ces cas de ceux où il y a plutôt compression du cerveau que désorganisation; l'observation II est la seule qui ait offert une perte absolue de la sensibilité du côté paralysé. Les sens étaient généralement obtus, sans être complétement abolis. Il semblait le plus souvent rester une lueur de connaissance, excepté dans l'observation I où la maladie était très-étendue, et la compression énorme.

Quant à l'état général, il offrait de grandes variétés. Tantôt la force et la fréquence du pouls, la chaleur de la peau semblaient annoncer une forte réaction; tantôt au contraire la circulation ne paraissait pas modifiée, ou semblait participer à l'état apparent d'engourdissement de toute l'économie. Je n'ai pu apprécier exactement les circonstances qui agissaient ainsi sur l'état général, non plus que l'influence que ce dernier pouvait exercer sur la marche de la maladie; on sait du reste que cette difficulté se retrouve dans l'étude de la plupart des maladies des centres nerveux.

Je ne crois pas nécessaire d'insister davantage sur l'analyse des symptômes que nous avons décrits pour démontrer la ressemblance qu'ils présentent avec ceux de l'hémorrhagie cérébrale, et la difficulté et l'impossibilité même de distinguer sûrement ces deux affections, dans l'état actuel de la science. La contracture elle-même, que l'on a donnée comme un signe propre à faire distinguer le ramollissement, inflammatoire ou non, de l'apoplexie, n'aurait que peu de valeur, quand même elle se montrerait dans tous les cas, puisqu'elle est un symptôme ordinaire, comme on le sait, de l'hémorrhagie dans les ventricules ou à la surface du cerveau.

Parlerai-je de ces ramollissements proprement dits du cerveau, que l'on prétend voir débuter subitement, mais dont il serait peut-être plus juste de dire simplement que l'existence s'est montrée par des accidents subits? Je me contenterai de renvoyer aux ouvrages des auteurs qui se sont efforcés d'établir un diagnostic précis entre le ramollissement et l'hémorrhagie du cerveau, mes observations n'étant rien moins que propres à éclairer cette question, qui est loin d'être résolue aujourd'hui.

Il arrive encore qu'à la suite d'accidents tout à fait semblables à ceux que j'ai décrits, on ne trouve autre chose qu'un pointillé plus ou moins vif de la substance cérébrale avec rougeur des méninges et infiltration séreuse de la pie-mère. J'ai observé dernièrement un cas de ce genre à la Salpêtrière. D'autres fois on a seulement rencontré une grande quantité de sérosité dans les ventricules (apoplexie séreuse des auteurs) (1), ou bien quelques plaques d'apoplexie capillaire (2), sans altération générale des circonvolutions.

Je dois, avant de terminer, parler de plusieurs états morbides du cerveau, qui se rapprochent par quelques points de celui que nous avons décrit, et qu'il importe d'en bien distinguer.

On a appelé apoplexie capillaire une altération qui présente avec l'inflammation superficielle des circonvolutions une analogie de siége surtout, qui établit quelques rapports entre ces deux maladies, mais qui ne suffit pas pour les confondre ensemble, bien qu'elles donnent lieu à des symptômes presque semblables.

Comme cette altération est rare et généralement peu connue, on me permettra d'entrer dans quelques détails à son sujet. Il faut d'abord bien s'entendre sur la signification du mot apoplexie capillaire. M. Cruveilhier (3) appelle ainsi tous les ramollissements rouges du cerveau, aussi bien ceux qui résultent d'une simple infiltration sanguine que ceux que le professeur Lallemand nous a montrés produits par une inflammation aiguë. Dans ce sens il est certain que la maladie que nous avons décrite ne serait autre chose qu'une apoplexie capillaire. Mais on conçoit qu'une dénomination aussi étendue doit confondre des altérations fort différentes, et l'on conviendra sans doute avec M. Diday (4) « qu'il est utile de laisser le nom de ramollissement rouge aux cas où l'on trouve une coloration d'un rose vif uniforme, accompagnée d'un ramollissement pulpeux, pour donner le nom d'apoplexie capillaire seulement aux altérations caractérisées par une rougeur plus foncée et ponctuée, n'offrant presque pas de ramollissement. » Je ne saurais mieux faire que de citer ici la description que donne M. Diday de l'apoplexie capillaire des circonvolutions, description qui rendra évidents et les rapports et les différences qui existent entre cette apoplexie et la maladie que j'ai décrite.

« L'apoplexie capillaire des circonvolutions se présente sous la forme de plaques plus ou moins larges,

---

(1) Andral. Loc. citato, t. V.
(2) Diday, Gaz. médicale du 22 avril 1837.
(3) Cruveilhier. Dict. de méd. et de chir. prat., t. III.
(4) Diday, loc. cit.

irrégulières, arrondies, occupant ordinairement toute l'épaisseur de la substance grise, qui est le siége à leur niveau d'une coloration rouge-noire, ponctuée, semblant due à l'interposition dans l'intervalle de ses molécules, d'une multitude de petites gouttelettes de sang noir et coagulé; par l'effet de l'imbibition consécutive, les points intermédiaires à ce ponctué présentent eux-mêmes une couleur rouge. Il arrive quelquefois que la circonférence des plaques infiltrées est le siége d'une rougeur qui diffère de celle que l'on observe dans l'hémorrhagie capillaire, en ce que la coloration est d'un rose vif, que cette teinte est uniforme, et qu'elle est accompagnée d'un ramollissement pulpeux. Cette altération, bien évidemment secondaire, permet de comparer ces deux états voisins, comme types, l'un de l'apoplexie capillaire, l'autre du ramollissement inflammatoire. »

Je ne crois pas nécessaire d'insister sur des différences aussi tranchées que celle que nous montre ce passage : d'un côté, plaques circonscrites d'un pointillé rouge-noir, accompagnées à peine de ramollissement; d'une autre part rougeur uniforme étendue à toute la superficie du cerveau ou d'un hémisphère, avec ramollissement pulpeux, etc. Quant aux rapports qui existent entre ces deux altérations, ils sont tels que ceux que nous trouvons partout entre l'exhalation sanguine et la congestion ou le premier degré de l'inflammation. Lorsqu'une congestion violente se fait vers la poitrine, du sang s'exhale souvent dans les bronches, souvent même des noyaux d'apoplexie pulmonaire le montrent infiltré dans le tissu des poumons. Que l'on examine un phlegmon avant que la suppuration s'y soit formée, et l'on trouvera, pour peu que l'inflammation ait eu d'intensité, du sang infiltré dans le tissu cellulaire. Ainsi, dans deux de nos observations, on a trouvé des plaques d'apoplexie capillaire que nous croyons résulter uniquement de l'effort de la congestion, et cela d'autant plus que ce sont les deux cas où la maladie a marché avec le plus de violence. Dans les autres observations, l'absence complète de plaques apoplectiques démontre avec évidence que ces deux altérations sont tout à fait distinctes l'une de l'autre.

M. Calmeil a décrit, comme une encéphalite chronique, une altération que l'on rencontre souvent dans le cerveau des aliénés atteints de paralysie générale (1), et qui n'est pas sans quelque ressemblance avec celle que j'ai rencontrée dans les cas cités plus haut.

Cette altération est caractérisée par une coloration violacée de la substance grise dont la consistance est plus souvent conservée ou même augmentée que diminuée, et par des adhérences serrées de la pie-mère qui entraîne avec elle de larges plaques de la couche la plus superficielle des circonvolutions. M. Lélut (1) fait parfaitement ressortir la différence qui existe entre l'*encéphalite aiguë*, que j'ai décrite, et l'*encéphalite chronique* de M. Calmeil, en disant que dans cette dernière « l'altération la plus constante ou, si l'on veut, la plus logique est un retrait plutôt qu'une atrophie de la substance cérébrale,... ce qui nécessite un épanchement consécutif dans l'arachnoïde et la pie-mère, épanchement qu'on a pris mal à propos pour la cause principale de la maladie. » Je n'ai pas besoin, je pense, d'opposer à ce *retrait* de la substance cérébrale l'état de turgescence que nous avons constamment observé à la superficie du cerveau, ni de faire remarquer que d'un côté l'état de démence et de paralysie devait faire soupçonner en effet l'existence d'une altération chronique du cerveau, et que d'un autre côté l'apparition subite des accidents annonçait une lésion aiguë de l'organe encéphalique.

On ne confondra pas davantage l'altération qui fait le sujet de ce mémoire avec l'hypertrophie du cerveau, et en particulier des circonvolutions. Essentiellement chronique, cette dernière altération s'annonce dès longtemps par une modification plus ou moins profonde des fonctions cérébrales; en outre, la pâleur et la consistance du tissu hypertrophié, l'anémie et la sécheresse des méninges lui donnent un aspect tout particulier (2).

Conclusions.

1° Il est une maladie caractérisée anatomiquement par la rougeur et la tuméfaction des circonvolutions cérébrales dans une grande étendue, avec ramollissement superficiel de la substance grise, et adhérences des méninges; pathologiquement par des symptômes apoplectiques graves, tout à fait semblables à ceux d'une hémorrhagie cérébrale, et en particulier d'une hémorrhagie ventriculaire.

2° Cette maladie ne paraît être autre chose qu'un premier degré d'encéphalite.

3° Cette assertion s'appuie sur l'étude des lésions anatomiques dont la réunion caractérise manifestement une inflammation.

4° La forme des symptômes n'est pas en contradiction avec cette interprétation des lésions anato-

(1) Calmeil, De la paralysie considérée chez les aliénés.

(1) Lélut, Induction sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et la folie.

(2) Calmeil. Dict. de méd. Art. Encéphale. — Andral. Loco cit. T. V. — Dance. Rép. gén. d'Anat. et de Physiol. T. V. 2e part. — Delaberge et Monneret. Comp. de méd. prat. T. II, p. 172.

miques, et le rapport qui les unit peut être facilement saisi.

5° La lésion la plus constante, la plus générale, la lésion essentielle et certainement primitive, est la congestion. Or la maladie débute précisément comme cette forme de congestion cérébrale à laquelle on a donné le nom de coup de sang.

6° Le ramollissement et les adhérences des méninges, éléments inflammatoires de la maladie, se développent consécutivement à la congestion; car, toujours peu prononcés, ils manquent quelquefois, et n'occupent souvent qu'une partie des points congestionnés.

7° S'ils ne s'accompagnent pas de symptômes inflammatoires, c'est que la compression du cerveau, suite de la tuméfaction des circonvolutions, s'oppose au développement de ces derniers.

8° Ce qui le prouve c'est que dans des cas où l'on a trouvé une altération toute semblable, mais peu étendue, et par conséquent ne produisant pas une compression générale, on a presque toujours observé des symptômes de méningo-céphalite, qui ne laissaient pas de doute sur la nature de la maladie.

Archives de médecine. — Mars 1839.

D'un nouveau procédé pour porter des médicaments sur la muqueuse de l'urèthre.

L'Académie royale de médecine vient de recevoir un Mémoire sur un nouveau moyen de porter certains médicaments dans le trajet du canal de l'urèthre. L'auteur de ce Mémoire, M. le docteur Mareilllaud-Crespiat, praticien très-répandu de Paris, nous ayant rendu témoin plusieurs fois des avantages de son appareil, nous allons le faire connaître à nos lecteurs, pour leur permettre d'en juger d'après leur expérience personnelle, en attendant le jugement que l'Académie en portera elle-même par l'organe de MM. Lagneau et Cullerier, chargés d'apprécier la valeur de ce procédé.

M. le docteur Crespiat s'est proposé de suppléer à l'insuffisance des sondes ordinaires et des injections du canal; il emploie son appareil principalement dans les écoulements chroniques de l'urèthre; mais il est aisé de voir que si les épreuves subséquentes confirment les avantages qu'en a retirés ce médecin, rien ne sera plus facile que d'en généraliser l'usage, en l'étendant à presque toutes les lésions locales, soit chroniques, soit aigues, de ce canal. Donnons d'abord la description de cet appareil; nous verrons ensuite comment il convient de l'employer.

Quatre pièces principales le constituent : 1° des bougies consistant dans une espèce de chemise de deux à trois doubles de baudruche adhérents ensemble à l'aide du caoutchouc. Cette combinaison laisse à ces bougies la souplesse de la baudruche en leur communiquant la solidité du caoutchouc; leur longueur est de six à sept pouces, leur diamètre est celui des six derniers numéros des bougies ordinaires. Du reste, leur diamètre et leur longueur peuvent subir toutes les variations désirables. Quant à la forme, il serait difficile de leur en assigner une rigoureuse. Nous dirons seulement que dans leurs état de distension elles représentent exactement les bougies en gomme élastique; leur petite extrémité se termine à peu près de la même manière; à la grosse se trouve un fil ciré, dont il sera question tout à l'heure, qui contourne son ouverture.

La seconde pièce est un robinet auquel se trouve une clef perforée pour fermer ou ouvrir à volonté son conduit; un pas de vis à pression pour fixer un mandrin, et un petit anneau dans lequel passe un cordonnet pour fixer, si on le désire, la bougie à la verge. Ce robinet est introduit par sa petite extrémité dans la bougie en l'y fixant fortement à l'aide du fil dont on vient de parler.

La troisième pièce est un mandrin ordinaire, destiné à introduire la bougie; il est assujetti, dans cette dernière, à l'aide du pas de vis mentionné; dans cet état de choses la bougie forme de nombreuses rives longitudinales sur le mandrin; c'est dans ces rives que se logent les substances médicamenteuses à introduire dans l'urèthre.

La quatrième pièce est une seringue à piston graduée; la canule de la seringue est terminée de manière à pouvoir se visser hermétiquement avec la grosse extrémité du robinet.

Maintenant voici la manière dont on se sert de cet appareil, elle facilitera l'intelligence de sa composition. On introduit le mandrin dans la bougie décrite, en ayant soin de le maintenir fortement à l'aide de la vis de pression; cela fait, on enduit la bougie avec la substance médicamenteuse appropriée. On l'introduit ainsi et d'après la méthode ordinaire dans le canal de l'urèthre. Parvenu au point du canal où l'on désire appliquer le médicament, on retire avec précaution le mandrin, on prend la seringue pleine d'eau chaude, on la visse au robinet, on pousse l'injection dans la bougie; la graduation de la seringue indique le point de distension qu'elle peut supporter; on dévisse alors la seringue, on tourne la clef du robinet, et l'on visse la bougie à la verge comme j'ai dit plus haut; par ce moyen, la bougie distendue applique naturellement la substance dont elle est chargée sur le point d'érection du canal.

L'emploi de la sonde est plus facile certainement que celui des injections et l'introduction des sondes ordinaires. Il est bien plus aisé surtout, à l'aide de ce procédé, de porter sur le point de la membrane affectée un médicament. Les malades les supportent

d'ailleurs plus facilement que les injections; ce qui permet de les laisser à demeure aussi longtemps que la cure l'exige; ajoutons à cela que les attouchements sont moins fréquents pour appliquer ces sondes que pour pratiquer les injections; qu'on maîtrise mieux leur action, qu'on est plus sûr de leur effet, qu'on porte enfin le remède précisément là où il est nécessaire. Quand le canal était par hasard réfractaire à certaines substances, on pouvait aisément en substituer d'autres; mais une preuve décisive de l'avantage relatif de ce nouveau procédé sur les procédés anciens, c'est qu'il a déterminé la guérison après l'usage infructueux des autres moyens.

Combien doit-on laisser séjourner la bougie dans le canal de l'urèthre? *A priori* il serait difficile de préciser rigoureusement le temps du séjour. Le tact seul du praticien, en tenant compte de la maladie et de l'agent dont il fait usage, pourra lui tracer la conduite qu'il devra tenir dans cette circonstance. Il en sera de même pour le laps de temps qu'il devra laisser écouler d'une application à une autre. Dans les observations citées par M. Crespiat, et qui ont pour objet des blennorrhagies chroniques, cet habile praticien a introduit ses bougies d'abord de deux jours l'un, puis tous les jours sur la fin du traitement; sur quelques malades elles ont été introduites tous les jours dès le commencement; la durée des séjours a varié d'un quart-d'heure à une demi-heure; le nombre des applications a été de onze à quatorze. On aura soin de prescrire au malade d'uriner avant l'introduction de la bougie, et, après sa sortie, de rester le plus longtemps possible sans lâcher de l'eau.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Fév. et Mars 1839.

De la valeur thérapeutique de l'évacuation de l'humeur aqueuse de l'œil.

L'évacuation de l'humeur aqueuse est une conquête de la chirurgie moderne; c'est un illustre chirurgien anglais, M. Wardrop, qui le premier mit cette opération en pratique, et lui donna une certaine vogue en Angleterre. Pendant longtemps en France et en Allemagne on a éprouvé une grande répugnance pour cette opération, au point que j'ai cru pendant longtemps être le premier qui l'aie tentée sur le continent.

Cependant en lisant attentivement les opuscules cliniques posthumes de Marc-Antoine Petit de Lyon, je me suis convaincu que ce célèbre chirurgien l'avait employée : il paraît même que ce fut avant M. Wardrop. Mais sa publication étant postérieure à celle du chirurgien de Londres, l'honneur de la découverte reste au chirurgien anglais; c'est ainsi que le nouveau procédé de pupille artificielle pratiqué sur M. de Sauvage par M. Demours lui appartient, bien que Petit eût pratiqué une opération semblable quelques années auparavant, il eut le tort, il est vrai, de ne pas lui donner de la publicité.

Quoi qu'il en soit de cette priorité relativement à l'évacuation de l'humeur aqueuse, il ne faut considérer ici que la valeur réelle du procédé : c'est ce que nous allons examiner avec soin.

M. Wardrop ayant reconnu que dans un grand nombre d'inflammations internes du bulbe de l'œil, le phénomène le plus désagréable et le plus douloureux était un gonflement de l'organe accompagné de tension et de sensation, d'éclatement, et que les symptômes cessaient après la rupture de la cornée, conçut le projet de provoquer artificiellement ce résultat. Il eut surtout pour but d'amener un soulagement soudain et de conserver l'organe; car dans les ruptures spontanées, la cessation des principaux symptômes douloureux était très-rapide; mais l'organe était compromis par la manière dont se faisait l'évacuation. Tantôt la fissure de la cornée était tellement grande que l'œil se vidait, tantôt l'iris faisait irruption par la fente, s'y étranglait, et détruisait la chambre antérieure ou l'espace pupillaire; tantôt enfin le cristallin se luxait et passait dans la chambre antérieure.

Afin d'éviter ces divers accidents, qui tous compromettaient la vision, M. Wardrop pensa que l'évacuation artificielle pouvait être employée. Appelé auprès d'un homme atteint d'une grande tension de l'œil avec symptômes d'éclatement prochain, il prit un petit kératotome ordinaire, et fit une ponction à l'angle externe de la cornée : l'humeur aqueuse jaillit avec force; elle fut accompagnée de photopsie étincelante très-prononcée, et suivie d'un soulagement marqué.

Il faut surtout se hâter de recourir à l'évacuation de l'humeur aqueuse lorsque les phénomènes de rupture sont trop éminents, et que rien ne soulage le malade, quelque énergie que l'on ait donné au traitement antiphlogistique ou stupéfiant. On aperçoit presque toujours alors sur la cornée, non loin de son insertion à la sclérotique, un cercle d'un blanc bleuâtre, dépoli et terne, assez ressemblant à l'arc sénil. Quand ce signe est apparent, la rupture ne tardera pas à avoir lieu. Malheureusement, quand l'ophthalmie est compliquée de chemosis et de kératite pustuleuse, ce cercle est moins appréciable; soit que la conjonctive s'élève en forme de bourrelet, soit que les mucosités sécrétées par la conjonctive oculo-palpébrale ternissent la cornée.

Ce serait méconnaître la direction imprimée à la marche de la chirurgie moderne que de vouloir assigner une seule et même méthode pour pratiquer l'évacuation de l'humeur aqueuse. C'est pour ne point mériter ce reproche que nous croyons devoir indi-

quer les diverses modifications à faire éprouver à l'opération qui nous occupe, en raison des différentes circonstances où elle est applicable.

Toutes les fois qu'on est obligé d'évacuer l'humeur aqueuse pour tenter la guérison d'une hydrophthalmie aiguë ou chronique qui a résisté aux remèdes internes, le meilleur procédé à employer est celui qui est recommandé par M. Wardrop. Le malade étant placé sur une chaise assez élevée, l'opérateur saisit l'aiguille à cataracte lancéolée de Beer, et la tenant comme une plume à écrire, les paupières étant tenues ouvertes, soit par lui-même, soit par un aide, l'enfonce dans la cornée à une ligne environ de son union avec la sclérotique. Cette ponction doit être pratiquée dans la direction d'une ligne qui, partant du point élu pour l'introduction de l'instrument, irait aboutir à la partie supérieure du bord libre ou pupillaire de l'iris. Ceci est indispensable, parce qu'aussitôt que la lame est parvenue dans la chambre antérieure, la tige qui la soutient étant beaucoup plus fine, l'humeur aqueuse jaillit avec force, et l'iris se présente immédiatement devant la tige; mais on évite de le blesser en abaissant légèrement la main et en portant la lame de plat contre la concavité de la cornée. Il est malheureusement très-fréquent de voir l'iris contracté sur la pointe de l'aiguille avant que cette petite manœuvre ait pu être exécutée; dans ce cas il faut tenir l'instrument immobile et placer la paume de la main au-devant de l'œil, sans le toucher, afin de faire dilater la pupille, au moyen de l'obscurité ainsi produite, après quoi l'instrument peut être retiré sans danger pour l'iris. Pour obvier à cet accident, je me sers d'un petit instrument composé d'après le modèle du coréoncion de Graefe, avec la différence qu'il y a deux lames superposées l'une à l'autre par le même mécanisme que dans l'instrument précité, et qu'une de ces lames est, non tranchante, en argent, et permet de retirer celle qui coupe, au moment même où elle achève la section de la cornée. Cet instrument nous sert aussi quelquefois pour pratiquer l'opération de la pupille artificielle et pour briser la capsule du cristallin dans l'opération de la cataracte. Il peut arriver qu'aussitôt l'humeur aqueuse évacuée, l'iris se présente au trou laissé par l'aiguille et cherche à s'y engager. Nous disons *cherche;* car jamais, quand on a employé l'aiguille de Beer, l'ouverture de la cornée n'est suffisante pour donner passage à cette cloison mobile. Mais elle peut contracter des adhérences avec la plaie, l'empêcher de se fermer, occasionner une déformation de la pupille, ou une fistule de l'humeur aqueuse. Pour obvier à de pareils inconvénients, nous avons recours au procédé de Wardrop, ainsi modifié : 1° nous faisons instiller dans l'œil, cinq ou six heures avant l'opération, quelques gouttes de solution aqueuse de belladone, dans le but d'obtenir la plus grande dilatation possible de la pupille ; 2° après avoir placé le malade comme le recommande le chirurgien anglais, nous enfonçons l'aiguille à cataracte dans la cornée transparente à la partie externe de son diamètre transversal, à la même distance de son union avec la sclérotique que dans l'autre procédé, le tranchant de l'instrument étant tenu parallèle à l'axe de l'œil. Par ce moyen, non-seulement l'iris ne court aucun risque d'être blessé, mais encore on évite de le voir se présenter à la solution de continuité. La cicatrisation de la cornée n'a lieu qu'au bout d'un certain temps; l'écoulement persiste pendant un ou deux jours. Si cela était jugé nécessaire, on pourrait sans crainte empêcher cette cicatrisation en passant dans l'ouverture pratiquée un petit stylet mousse de Méjan, chose assez facile car la cicatrice se reconnaît à une petite tache blanchâtre. Quoi qu'il en soit, aussitôt que la ponction est faite, le malade croit voir dans son œil des sillons lumineux ou de petits globules de feu, circonstances dont il faut le prévenir, crainte de l'alarmer ou de lui donner un espoir peu fondé de guérison, lorsque ce phénomène coïncide avec la ponction pratiquée sur un œil frappé de cécité, dont on veut seulement diminuer la procidence. Aujourd'hui, les trois quarts de Voolhouse et l'aiguille creuse d'Albucasis sont relégués dans les arsenaux de chirurgie comme des monuments historiques de la science.

C'est en suivant le procédé que nous avons décrit que j'ai déjà pratiqué treize fois l'évacuation de l'humeur aqueuse. Je serai toujours disposé à tenir une conduite semblable dans les cas où cette opération me paraît indiquée. C'est surtout dans les irrités et les aco-capsulites consécutives aux ophthalmies égyptienne et blennorrhagiques, où l'éclatement du bulbe est si prompt, que cette opération est indiquée.

Dans mon mémoire couronné à la société médico-pratique de Paris sur l'inflammation simple et spécifique de l'iris, j'ai rapporté plusieurs cas de guérisons obtenues par ce moyen. Déjà les Allemands commencent à vaincre la répugnance qu'ils éprouvaient pour cette opération. Le savant et consciencieux Eblé déclare l'avoir pratiquée trois fois avec succès.

Ici trouve tout naturellement sa place une réclamation que je dois faire au sujet d'un article inséré dans ce recueil, et qui tendrait à faire croire que M. Sichel est l'inventeur de la ponction de la cornée pour évacuer l'humeur aqueuse. En effet, le rédacteur de cet article, pour faire valoir cette opération, dit que M. Sichel a étendu la ponction pour l'évacuation de l'humeur aqueuse, à celle de l'hypopyon. Quand on dit étendre l'application d'un principe, d'un procédé, d'une médication, d'une chose à une autre, c'est, je crois, vouloir dire qu'on a fait faire

un pas à la science, ou tout au moins agrandi la sphère du moyen proposé. Or ici rien de semblable: pour moi et pour tous ceux qui veulent se donner la peine de consulter les auteurs, ce n'est pas une nouveauté; car l'évacuation de l'hypopyon purulent et de l'onyx est connue dès la plus haute antiquité. Dans des temps moins reculés, Voolhouse et Richter la préconisèrent surtout (1); ce dernier recommande de faire une incision très-étroite, car, dit-il, *aliquando vero quum operationem hypopyi post ophthalmiam vehementem orti instituerem, accidit ut incisa cornea, et elapso humore aqueo lens cristallina in cameram anteriorem prolaberetur.*

Demours avait aussi recommandé d'inciser la cornée pour évacuer la collection purulente de la chambre : une planche de son bel atlas représente cette opération, avec la modification qu'il apporte au procédé opératoire. Mais qu'est-ce que Demours, pour de certaines gens, qui ne peuvent comprendre tout ce qu'il y avait de savoir et de profondeur pratique dans un homme assez modeste pour ne pas dire à tout le monde ce qu'il valait?

Si l'extension de la ponction de la cornée qu'a voulu faire M. Sichel pour le traitement de l'hypopyon n'a aucune valeur comme invention, elle en a une bien autrement importante à mes yeux, c'est que ce praticien, qui était si opposé à l'évacuation de l'humeur aqueuse, commence à comprendre sa valeur. CARRON DU VILLARDS.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Fév. et Mars 1839.

Du seigle ergoté dans les paraplégies; par M. le Dr. PAYAN, chirurgien à l'hôpital d'Aix (Bouches du Rhône).

Quelques mots sur l'action thérapeutique générale de ce médicament.—La thérapeutique en général si industrieuse à utiliser les substances même les plus délétères en faveur de la santé de l'homme, objet de ses recherches et de ses travaux, a depuis longtemps su tirer un parti avantageux, pour l'art obstétrique et même pour certaines autres maladies de l'utérus, de l'emploi du seigle ergoté, auquel, malgré leurs efforts, des détracteurs puissants n'ont pu faire perdre sa juste réputation. Mais il paraît, il est même bien démontré pour nous actuellement, que le domaine de cette puissance thérapeutique est susceptible de s'étendre davantage, et que dorénavant la matière médicale possédera en elle un excitant puissant du système nerveux rachidien, c'est-à-dire de la moelle épinière et des organes auxquels elle envoie des nerfs. Les quelques faits qui vont suivre et qui ne sont que l'application de cette substance contre certaines paraplégies dépendantes d'un manque d'action de la moelle spinale sans lésions organiques, tendront à démontrer la vérité de cette assertion. Et celle-ci ressortira mieux encore, je pense, des quelques réflexions dont je ferai suivre l'exposé de ces observations.

OBS. Ire.—*Paraplégie chronique sans lésion organique de la moelle épinière; emploi du seigle ergoté; guérison.* — Le 1er août 1836, entra dans les salles de l'Hôtel-Dieu d'Aix, le nommé Silvestre, âgé de 72 ans, vieillard maigre, à la colonne vertébrale très-infléchie en avant, se plaignant d'une faiblesse très-prononcée des membres inférieurs, qui avaient de la peine à supporter le poids de son corps. Placé d'abord dans les salles de médecine, il y fut soumis pendant un certain temps à l'usage des liniments excitants, soit sur le long du rachis, soit sur les membres inférieurs. Mais aucune amélioration ne s'ensuivit; la paralysie fit au contraire des progrès. C'est au point que le médecin voyant que ce malade, exempt de douleur au reste, n'éprouvait aucun bien des remèdes employés, crut devoir renoncer à toute médication, regardant cette paraplégie comme incurable, comme un effet irremédiable de son âge et de l'inflexion de sa colonne vertébrale. C'est alors que le malade fut transféré dans les salles moins peuplées du service médical, où nous cherchâmes à étudier avec soin la nature de sa maladie afin de reconnaître s'il n'y aurait pas lieu de revenir de cette triste idée d'incurabilité. Voici ce que nous remarquâmes : les deux extrémités inférieures étaient complétement dépourvues de la faculté locomotrice et elles ne conservaient plus qu'une sensibilité très-obtuse. Elles étaient, nous disait le malade, comme des morceaux de bois. L'excrétion des matières fécales et des urines s'opérait naturellement; les membres supérieurs étaient libres, il y avait absence de fièvre, appétit bon, digestions faciles.

M. le directeur Arnaud, praticien aussi savant que modeste, alors à la tête du service chirurgical, ayant eu connaissance de quelques faits où le seigle ergoté avait été utilement employé contre quelques paraplégies, décida que ce médicament fût expérimenté dans ce cas chez ce malade : il fut donc prescrit le 17 septembre 1836 de la manière suivante :

Pr : Seigle ergoté concassé gr XV; faites infuser dans
eau bouillante ℥ V.

Coulez et faites prendre en une fois le matin à jeun. (A l'usage pour les jours suivants).

Cinq jours après on augmente de cinq grains la dose de l'ergot.—Déjà le malade éprouvait une amélioration manifeste. Les membres inférieurs avaient

(1) Observ. chirurgæi, fasciculus 1, chap. XII.

recouvré une partie de leur sensibilité : ils lui paraissaient beaucoup plus légers et il pouvait déjà les mouvoir. Dans la soirée, ayant été mis hors de son lit, il put, en appuyant les mains sur le lit, en faire le tour à deux reprises.

Le 25 septembre, huitième jour du traitement. Le malade est mieux encore : à l'aide d'un bâton que l'inflexion de sa colonne vertébrale rendait depuis longtemps nécessaire, il peut aller plusieurs fois seul, d'un bout de la salle à l'autre.

Le 29 septembre, douzième jour du traitement. On en était à 25 grains de seigle ergoté depuis deux jours. Silvestre a pu descendre à la cour des malades et remonter dans la salle, n'étant aidé que de son bâton. Dès ce moment la guérison de sa paraplégie a été complète.

Le seigle ergoté fut néanmoins continué pendant quelques jours.

Ainsi céda à l'action de ce médicament une maladie que bien des signes avaient pu, avec assez de raison, faire regarder comme incurable. Douze ou quinze jours de traitement suffirent pour obtenir ce résultat, auquel, il faut le dire, nous ne nous attendions guère.

Nota. — Quelques nausées, quelques vomituritions même, mais rares, un peu de malaise vers l'épigastre se faisaient remarquer ordinairement chez ce malade, pendant l'heure qui suivait l'ingestion du remède. Tout rentrait ensuite dans l'état normal. L'appétit se conservait bon ; le malade mangeait la demi-portion ou le quart.

Une sensation de fourmillement, quelques mouvements involontaires des muscles, des membres inférieurs, étaient souvent perçus par le malade pendant l'usage de l'ergot.

Ne voulant pas, après une guérison si rapidement obtenue, demeurer spectateur passif du fait, je cherchai à me rendre compte de l'action du remède. Je ne pouvais attribuer qu'à une affection de la moelle épinière la paraplégie complète qui venait d'être traitée; et comme l'absence totale, pour le présent comme par le passé, de douleurs vers la colonne vertébrale devait éloigner de l'idée d'une myélite chronique, je crus devoir attribuer à la compression lente et graduée que devait produire sur la moelle spinale l'inflexion arquée de la colonne osseuse, les effets paralytiques observés, savoir l'affaiblissement d'abord assez léger, très-considérable plus tard des fonctions de l'organe rachidien; et dès ce moment le seigle ergoté me parut avoir agi comme un excitant puissant, très-efficace, de ce même organe. Les observations suivantes me confirmèrent de plus en plus dans ces idées que je me faisais sur les propriétés de l'ergot du seigle.

Obs. II. — *Paraplégie consécutive d'une commotion de la moelle épinière, inutilement traitée par divers moyens, guérie par le seigle ergoté.* — Bertrand, François, soldat du génie, venant d'Afrique pour se rendre dans ses foyers, entra à l'Hôtel-Dieu d'Aix, le 18 septembre 1836, pour s'y faire traiter d'une paraplégie des extrémités inférieures, survenue de la manière suivante : Bertrand étant sur un navire pour se rendre à Toulon, se laissa tomber à la renverse et la région lombaire frappa violemment sur un corps saillant. La commotion fut si violente, dit le malade, qu'il resta trois heures sans connaissance. Des soins attentifs firent cesser cet état de stupeur et permirent de reconnaître une violente contusion de la région des lombes avec ébranlement de la moelle épinière. Transporté à l'hôpital de Toulon, ce militaire y fut l'objet des soins que réclamait son état. Une saignée générale avait été précédemment faite; on fit appliquer vers les reins une cinquantaine de sangsues en deux reprises; des cataplasmes émollients y étaient aussi tenus. Ces moyens firent cesser les symptômes inflammatoires, mais furent insuffisants pour redonner aux jambes leur force première.

Ce fut après dix jours de traitement à Toulon, que le malade, profitant des moyens de transport et de l'assistance de quelques camarades, se fit transporter jusqu'à Aix. Amené dans l'hôpital de cette ville, il nous présenta les symptômes suivants :

État général satisfaisant, absence de fièvre, appétit bon, grande faiblesse des extrémités inférieures : le malade ne peut pas marcher seul, parce que les genoux fléchissent sous le poids du corps d'une manière involontaire; la sensibilité des membres inférieurs est très-obtuse. Couché, le malade ne peut point relever les pieds et les jambes au-dessus du plan du lit. Cette faiblesse est encore plus manifeste pour le membre gauche que pour le droit. En même temps, douleur sourde, sentiment de pesanteur à la région lombaire.

Le 19 septembre, 25 sangsues aux lombes : cataplasmes émollients. Diminution de la douleur.

Le 22, 20 sangsues encore aux lombes, cataplasmes. — Disparition de la douleur lombaire; mais persistance de la paralysie, qui en était au même point.

Huit jours s'écoulèrent ainsi sans diminution de la paralysie; la région lombaire était cependant libre de toute douleur et de symptômes de phlogose de la moelle épinière, depuis l'application des sangsues. Pensant alors que l'état paraplégique devait tenir plutôt à un état de stupeur de l'organe rachidien qu'à son inflammation, nous nous décidâmes, encouragé par le succès précédent, à recourir au remède auquel nous avions reconnu des propriétés excitantes du système nerveux spinal, au seigle ergoté en un mot. En conséquence, à la visite du 26 septembre, nous prescrivîmes :

15 grains de seigle ergoté concassés, infusés dans

5 onces d'eau, comme dans l'observation précédente. (A l'usage.)

Le 2 octobre, sixième jour du traitement. La dose du remède a été déjà portée à 20 grains. Ses bons effets se reconnaissent déjà. Les membres paralysés étaient devenus moins pesants; ils avaient recouvré de la force; ils pouvaient déjà être mus assez aisément : quoique les genoux se ployassent quelquefois encore involontairement, cela arrivait bien moins fréquemment; le malade pouvait déjà marcher en s'appuyant au bras d'une personne.

Le 3, suppression du seigle ergoté. Le docteur qui vient de prendre la direction du service chirurgical n'ayant pas foi à ce médicament, et ne croyant pas à l'amélioration dont on lui parlait, renonce à ce moyen et fait appliquer deux moxas à la région lombaire, sur la partie qui avait été contusionnée.

Les moxas suppurèrent très-bien pendant trois mois. Des pois placés sur les exutoires après la chute des eschares favorisèrent cette suppuration. Mais aucun soulagement n'accompagna leur emploi. Au bout de trois mois, le malade était dans le même état qu'avant l'application des moxas. Ses jambes auraient été même un peu plus faibles qu'au commencement du trimestre.

Le 1er janvier 1837. L'inutilité des exutoires de la région lombaire étant devenue pour nous aussi évidente que l'avait été l'efficacité de l'ergot, on cessa d'entretenir les exutoires et nous remîmes le malade à l'usage du seigle ergoté que nous n'avions vu supprimer qu'à regret. Il commença par en prendre 15 grains : la dose était augmentée de 5 grains tous les cinq jours; et déjà le six février nous étions à 55 grains par jour en infusion dans les cinq onces d'eau. Le médicament fut supprimé le 12 du même mois, alors que les prises étaient de soixante grains par jour.

L'amélioration reprit avec l'usage du remède : ses progrès devenaient de jour en jour plus manifestes. Déjà, dès le commencement de février, il ne lui restait presque aucun ressentiment de sa paralysie. Au 12 du même mois, quand le médicament fut supprimé, la guérison était parfaite.

Bertrand est resté pendant un mois encore à l'Hôtel-Dieu, remplissant les fonctions d'infirmier. Ses membres étaient parfaitement libres; et lorsqu'il nous quitta, le 15 mars, il n'eut pas même besoin de réclamer les moyens de transport, pour se rendre dans le département de l'Hérault, son pays natal.

Ce malade présenta une tolérance vraiment remarquable pour ce médicament. Il n'en fut jamais incommodé : jamais de vomituritions, ni même de nausées; c'est ce qui m'enhardit à le porter progressivement jusqu'à une forte dose (60 grains par jour). L'action du remède a été ici plus qu'évidente. On a vu, en effet, en lisant l'observation, que la paralysie avait commencé à céder dès les premiers jours de son emploi, qu'elle était restée ensuite stationnaire, quand on eut suspendu l'usage de l'ergot, pendant trois mois, malgré la forte dérivation des exutoires qui avaient été placés aux lombes, et qu'enfin elle avait marché rapidement vers la guérison lorsque cette substance eut été reprise et continuée.

Ce fait peut ne pas être indifférent non plus pour l'histoire du seigle ergoté. On voit, en effet, par cette observation, que cet agent thérapeutique a été continué pendant 42 jours consécutifs à dose croissante, sans qu'aucun accident d'ergotisme se soit manifesté.

Obs. III. — *Affaiblissement des extrémités inférieures, consécutif à un mal vertébral de Pott; seigle ergoté; amélioration sensible.* — Un jeune homme, âgé de 26 ans, était depuis près de deux années dans les salles de l'Hôtel-Dieu d'Aix, pour une ostéite vertébrale (mal de Pott) dont la marche fut arrêtée par des exutoires entretenus avec persévérance autour de la saillie dorsale. Restait seulement de la faiblesse dans les extrémités inférieures, faiblesse qui, dans la première quinzaine de septembre 1836, devint assez forte pour empêcher le malade de marcher comme il faisait auparavant. Comme cependant la région dorsale, examinée avec soin, n'indiquait pas une récidive de la maladie, nous nous demandâmes si ce n'était pas à un état d'inertie de la moelle sans lésions organiques, que nous devions rapporter cet état : nous le présumâmes ainsi, ce qui nous détermina à recourir à l'emploi de l'ergot. Il ne le prit qu'une douzaine de jours, ce qui fut suffisant pour mettre ce jeune homme à même de quitter l'hôpital et d'aller s'occuper d'agriculture. Depuis lors, ses jambes le servent bien.

Obs. IV. — Dans le mois de mars dernier, un médecin des environs d'Aix me consulta pour une paraplégie rebelle persistant depuis deux mois, dont était atteint un de ses clients, à la suite d'une chute sur la région des lombes. Une médication assez énergique avait fait disparaître toute trace d'inflammation. Seulement était resté une grande faiblesse des extrémités inférieures qui empêchait le malade de pouvoir marcher seul et sans aide. Je crus devoir conseiller le seigle ergoté aux doses ci-dessus indiquées. Le malade en prit pendant une quinzaine de jours. Il sentait à mesure les forces de ses jambes renaître, leur sensibilité revenir. A la fin de la quinzaine, il pouvait, à l'aide d'un bâton seulement, se promener autour de sa maison. Quoique le remède n'ait pas été repris, le malade ne se ressent presque plus aujourd'hui de cette faiblesse, de cette paralysie qui lui avait donné tant d'inquiétude.

Tels sont les faits relatifs à l'action du seigle ergoté dans les paraplégies, que j'ai eu occasion d'observer et que j'ai cru devoir faire connaître au public. Ils m'ont paru propres à jeter un nouveau jour sur

la thérapeutique de ce médicament, en faisant connaître complétement sur quel organe s'exerce l'action première de cette substance.

Déjà, depuis plusieurs années, des observations éparses dans divers écrits médicaux constatant des effets assez différents produits par cette même substance, m'avaient fait présumer que ce médicament avait une action multiple, qui pouvait se porter sur plusieurs systèmes d'organes. Ainsi avais-je remarqué qu'exclusivement employé dans le principe, pour éveiller les douleurs utérines, pendant l'accouchement, on avait fini par l'employer dans presque toutes les affections indiquant un manque d'énergie de la matrice (hémorrhagies passives, aménorrhée, etc.), que plus tard avait été constatée la propriété d'activer la sécrétion des urines ou du moins leur excrétion, ce qui a déjà permis d'utiliser cette qualité pour combattre certaines rétentions d'urine, occasionnées par un état de débilité contractile de la vessie; et qu'enfin on ne pouvait s'empêcher, d'après quelques faits déjà connus, d'admettre une action manifeste de cette substance sur les muscles des membres pelviens, et dans des cas de paraplégie. C'en avait été assez pour me faire mettre en doute une action primitive de cette substance sur des appareils organiques, de nature si diverse, et pour me demander si ce n'était pas sur le centre nerveux duquel irradient les nerfs, qui transmettent la sensibilité et la motilité sur les parties qu'influence si heureusement le seigle ergoté, que se portait cette action primitive, et ce qui alors n'était encore pour moi qu'une présomption, s'est transformé en certitude depuis que j'ai pu remarquer son action directement excitante sur la moelle épinère. Et pour nous actuellement, il est bien démontré que le seigle ergoté est avant tout, et primitivement, un stimulant de la moelle épinière, et que son action sur l'utérus, la vessie, les muscles des membres inférieurs, n'est qu'une action secondaire, une action de réaction transmise de la moelle épinière à ces diverses parties par les nerfs qui en partent.

Cette manière d'envisager le seigle ergoté nous explique dès lors son action en apparence multiple, qui peut se manifester sur des systèmes d'organes si différents. Elle permet même, en quelque sorte, de préciser les cas où il conviendra de l'administrer; ce sera quand il deviendra nécessaire de stimuler des organes qui reçoivent leurs nerfs de la moelle épinière comme la matrice dans des cas d'inertie de ce viscère, la vessie dans certaines rétentions d'urine, celles dues, par exemple, à une distension forcée de cette poche qui n'a plus la force d'expulser le liquide, ou bien quand il faudra réveiller l'action de la moelle épinière elle-même, et faire cesser l'espèce de stupeur vitale dans laquelle elle se trouve à la suite de fortes commotions, stupeur d'où résultent des paraplégies. La vérité de cette assertion est, au reste, démontrée par l'expérience. Ainsi, on ne peut plus contester l'action du seigle ergoté contre l'inertie l'utérus; d'un autre côté, les faits publiés par M. Allier fils, dans le *Journal des connaissances Médico-chirurgicales*, livraison de septembre 1838, démontrent sa stimulation non douteuse, vis-à-vis des organes urinaires, et enfin les observations précédentes et quelques autres connues de même nature, c'est-à-dire, relatives aux bons effets du seigle ergoté contre certaines espèces de paraplégies, sont un puissant témoignage de son efficacité primitive sur la moelle.

REVUE MÉDICALE.—Fév. et Mars. 1839.

Restauration des lèvres ou chéiloplastique; par M. le docteur PAYAN, chirurgien à l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Observations de restauration des lèvres (chéiloplastique); réflexions pratiques sur ce genre d'opérations. — Beaucoup de travaux ont été faits dans ces derniers temps sur l'autoplastique chirurgicale, ou sur l'art de restaurer les parties mutilées ou perdues d'une manière quelconque; et c'est de l'autoplastique relative à la face qu'on s'est principalement occupé. Les chirurgiens, qui ont eu l'occasion de rencontrer dans leur pratique des pertes de substance réparable, n'ont pas manqué de profiter de ces circonstances pour recourir aux ressources que leur offrait l'autoplastique; et plusieurs de leurs belles opérations, qui constatent l'heureuse hardiesse de l'art chirurgical et sa haute puissance, sont déjà connues du public par le moyen de la presse médicale. Ayant été moi-même assez favorisé déjà par les circonstances pour avoir eu à pratiquer plusieurs fois la chéiloplastique ou la restauration des lèvres, afin de réparer ces organes si essentiels aux fonctions de la bouche, et ayant employé à cet effet un procédé peu répandu encore, quoique infiniment plus avantageux que les méthodes auxquelles on avait eu recours dans ces derniers temps, j'ai cru devoir faire connaître au public les résultats avantageux que j'ai obtenus, ainsi que les réflexions pratiques que ces opérations m'ont suggérées.

OBS. I. — *Lésion grave de la face avec perte de substance; ablation de la lèvre inférieure; chéiloplastique; guérison.* — Un paysan des environs d'Aix, le nommé Matheron, s'amusait avec d'autres villageois, dans une fête patronale, à tirer des boîtes (petits mortiers fort usités en Provence). Une de ces boîtes ne partant pas assez tôt à son gré, Matheron veut s'en approcher, lorsque tout à coup l'explosion s'opère sur la figure de notre imprudent

et la blesse gravement. Après qu'on lui eût donné les premiers soins que pouvait comporter son état, on se décida à transporter le blessé à l'hôpital d'Aix; et ce fut trente heures après l'accident que nous l'y vîmes arriver dans la journée du 30 octobre 1836, et voici dans quel état : la figure du malade est noircie par la poudre et couverte de sang coagulé; les yeux brillants et rouges, mais sans altération notable de la vue. La mâchoire inférieure, ayant subi le premier et le principal choc, est horriblement mutilée dans ses deux tiers antérieurs. Ainsi, les parties molles du menton sont toutes meurtries, et la lèvre inférieure manque en totalité, l'explosion l'ayant emportée. Plusieurs fractures se reconnaissent au maxillaire inférieur : c'est ainsi que la portion osseuse qui supporte les dents incisives et canines inférieures a été détachée, et une solution de continuité verticale existe encore à l'os sur sa symphyse : nous croyons aussi remarquer une fracture du col du condyle maxillaire droit. Ajoutons encore qu'une partie de la face externe du corps de l'os maxillaire inférieur est à nu, dépouillée même de son périoste. Les dents antérieures de la mâchoire supérieure ont été cassées vers leur collet, et la lèvre supérieure a été aussi un peu échancrée près de la commissure droite. Quoique le malade ait perdu assez de sang, à ce qu'on nous dit, nous le trouvons encore assez fort pour espérer, malgré la gravité de sa blessure, que les bords de cette vaste solution de continuité se cicatriseront, et que les fractures se consolideront. Aussi avons-nous soin de rassurer son moral fortement affecté en lui promettant sa guérison prochaine. Nous faisons faire des fomentations émollientes sur la figure.

Quelques jours après, la détente inflammatoire s'opérant et les solutions de continuité donnant de la suppuration, au lieu des fomentations, nous les recouvrons d'une compresse fenêtrée et de gâteaux de charpie maintenus par des compresses et une fronde du menton.

Le malade fut pansé à peu près ainsi jusqu'à parfaite cicatrisation des plaies et consolidation des points fracturés, c'est-à-dire jusque vers la fin de décembre. Pendant tout ce temps, il avait été nourri avec des aliments liquides qu'on ingérait profondément dans la bouche à l'aide d'un biberon à long bec.

Malgré ce premier résultat obtenu, il n'en restait pas moins à la figure de cet homme une désagréable et pernicieuse difformité, à cause de la perte de la lèvre inférieure et de la portion osseuse qui supportait les dents incisives et canines inférieures. De là, en effet, résultait une déperdition continuelle de salive et un reflux hors de la bouche d'une partie des aliments liquides qui constituaient son unique nourriture. D'un autre côté, le point qui correspondait aux commissures, ou si vous voulez les extrémités du bord inférieur de la lèvre supérieure s'étant abaissés par suite du travail de cicatrisation et mis au niveau du sillon mento-labial, il résultait de cette disposition une concavité prononcée dans la direction du bord libre de la lèvre, laquelle était ainsi tiraillée et presque immobile, ce qui donnait à l'ouverture buccale un aspect tout bizarre. On conçoit par-là aussi combien l'articulation des sons devait être incomplète, défectueuse, et combien les cicatrices formées devaient gêner la mastication en empêchant les mâchoires de jouer librement. Aussi le malade en était-il toujours réduit à l'usage de son biberon et des aliments liquides; et de nombreux potages féculents ne parvenaient pas toujours à satisfaire son appétit.

C'est alors que, après avoir fait comprendre au malade combien il lui importait de ne pas rester dans cet état, je lui proposai l'opération de la restauration de sa lèvre, par laquelle disparaîtraient les inconvénients fâcheux qui étaient la conséquence de sa grave blessure. Décidé d'abord à s'y soumettre, il se laissa intimider ensuite par des conseils étrangers, et voulut auparavant recourir à d'autres avis. Il nous quitta donc le 19 janvier 1837.

Mais il ne tarda pas à être ennuyé de sa pénible et insupportable position, et à recourir encore à mes conseils. Cette fois, l'opération fut tout à fait décidée.

C'est le 22 février que je me transportai auprès du malade pour l'opération, assisté de mes élèves et de M. le docteur Clerc, aux soins duquel mon malade devait être confié pendant mon absence. Voici, au reste, la manière dont je procédai : je fis coucher le malade sur un lit étroit; la tête et les épaules étaient moyennement relevées, et un drap plié en quatre, suivant sa largeur, fut placé devant la poitrine pour retenir les mains et les bras. Mes aides étant alors convenablement placés, soit pour comprimer les artères faciales au-devant de la base des muscles masséters, soit pour me faire tenir les instruments nécessaires, etc., je commençai par faire avec le bistouri droit, sur chaque joue, deux incisions parallèles, à direction horizontale, lesquelles, contenant entre elles un espace de la largeur de la lèvre inférieure et intéressant toute l'épaisseur des joues, s'étendaient, l'inférieure depuis le bas de la solution de continuité, et la supérieure depuis la partie inférieure de la lèvre supérieure, jusque vers le bord antérieur des muscles masséters. L'inférieure était donc dans la direction du sillon mento-labial. Deux lambeaux furent par là formés. Une nouvelle incision sur chacun d'eux forma sur leur partie interne et antérieure un troisième bord régulier. Ces incisions ayant ouvert de chaque côté l'artère faciale et quelques-unes de ses branches, la ligature en fut pratiquée. Enfin, en dernier lieu, j'eus à aviver le bord

sus mentonnier avec lequel une partie des bords inférieurs des lambeaux devait être maintenue en rapport et se réunir. Cela étant exécuté, je voulus rapprocher les deux lambeaux l'un de l'autre audessus du milieu du menton. Mais comme cela ne pouvait encore avoir lieu, et que ce qui s'y opposait le plus était la muqueuse de leur face interne moins extensible que les autres parties, je fis à cette muqueuse deux incisions verticales qui ne dépassaient point son épaisseur. Cet expédient augmentant l'extensibilité de mes deux lambeaux, je dus dès lors opérer leur contact; je maintins leurs bords antérieurs affrontés à l'aide de la suture entortillée et de deux aiguilles. Les autres points des lambeaux furent fixés aux parties adjacentes par d'autres aiguilles. Toutefois, comme les dents incisives et canines inférieures manquaient, ainsi que la portion du maxillaire qui les supportait, pouvant craindre que le manque de ce point d'appui n'occasionnât le renversement en arrière de la lèvre nouvelle, j'en fis déjeter un peu en dehors le bord supérieur par la direction que je donnai aux épingles et au bord antérieur des lambeaux que j'avais taillés légèrement obliques en dedans et en haut. Parmi les aiguilles placées pour fixer les lambeaux, deux furent implantées vers les extrémités de la nouvelle ouverture buccale, afin d'en établir les commissures et de donner de la régularité à ces parties.

Comme le bord libre de cette nouvelle lèvre était saignant, j'attirai avec des pinces à dissection la muqueuse qui tapissait sa face interne, et il me fut facile d'en recouvrir ce bord et de l'y fixer par des points de suture à anse. Cette précaution, que je n'avais à cette époque vue indiquée nulle part, me fut très-utile par la réunion qui s'opéra bientôt entre ces parties.

L'opération terminée et le malade porté dans son lit, je me contentai de faire placer sur la nouvelle lèvre un linge fin. — Boissons émollientes à l'aide d'un biberon à bec aplati.

Je retournai chez mon malade quarante-huit heures après l'opération. Le côté gauche du visage était presque cicatrisé partout et peu tuméfié. Le côté droit, au contraire, présentait un engorgement assez prononcé provoqué par l'imprudence qu'avait commise le malade de se coucher sur la joue droite : celle-ci était en même temps rouge et douloureuse au toucher. Les aiguilles enfoncées dans l'engorgement augmentaient, par la striction qu'elles exerçaient, l'inflammation existante. De la suppuration s'était déjà formée dans leur trajet.

Quoique à peine deux fois vingt-quatre heures se fussent écoulées depuis le moment de l'opération, je crus prudent d'enlever toutes les aiguilles, moins deux du côté gauche, pour que l'inflammation s'amendât et diminuât d'intensité. Fomentations émollientes, boissons délayantes, lavement émollient. Le 26 février, cinquième jour de l'opération, les symptômes inflammatoires ont notablement diminué; rien ne s'est disjoint, malgré la sortie hâtive des aiguilles; la réunion par première intention est déjà presque partout obtenue; état général satisfaisant. J'enlève les autres épingles, ainsi que les fils qui avaient maintenu la membrane muqueuse collée sur le bord libre.

Dès ce moment, la guérison fut assurée; la cicatrisation fit des progrès rapides; et, dès le 10 mars, dix-huitième jour de l'opération, il ne restait plus de points en suppuration; la guérison était complète. La nouvelle lèvre était régulière, son bord supérieur était facilement recouvert par l'inférieur de la lèvre sous-nasale, et se trouvait, en outre, tapissé d'une membrane muqueuse, ce qui lui donnait un caractère de ressemblance de plus avec la lèvre perdue. Une trace linéaire, imperceptible en plusieurs endroits, indiquait les points de rapprochement des parties.

Ainsi se termina cette opération de chéiloplastique, la première d'après cette méthode qui se soit pratiquée en Provence, à laquelle un malheureux dut, non-seulement la réparation d'une dégoûtante difformité, mais encore le rétablissement de la mastication, de la parole, de la conservation de la salive.

Depuis cette époque, ce malade a repris ses anciens et pénibles travaux, et jouit d'une santé prospère.

Cette première observation et le résultat avantageux qui en a été la suite m'ont enhardi à oser, par la chéiloplastique, réparer des pertes de substance bien plus étendues, comme va le démontrer le fait suivant que je vais rapporter en détail.

Obs. II. — *Lésion traumatique grave de la face; destruction de l'une et l'autre lèvres; restauration des deux lèvres.*

Le 25 mai 1838, on nous apporta, à l'Hôtel-Dieu d'Aix, un malade dont la figure ensanglantée et mutilée offrait le plus hideux des spectacles. C'était le nommé Payau, forgeron du Puy-Sainte-Répurade, qui, la veille, se disposant, de bon matin, à tirer des boîtes, eut l'imprudence de laisser tomber une étincelle de sa pipe sur l'amorce qui prit feu soudainement et occasionna une explosion dont la décharge s'effectua sur la figure du malheureux forgeron. Ce ne fut que quarante-huit heures après l'accident qu'il nous fut amené, et voici les détails de l'état dans lequel il se présenta à notre observation : la figure est complétement méconnaissable; les paupières tuméfiées et excoriées à leur face externe, couvrant les globes oculaires, nous font d'abord craindre pour eux; mais en les entr'ouvrant nous reconnaissons que la vue est intacte et qu'il existe

seulement un peu de conjonctivite. La joue gauche est sillonnée dans toute son étendue par une vaste crevasse dont le fond communique avec la cavité de la bouche, et dont la partie supérieure laisse apercevoir à nu l'os de la pommette que l'on reconnaît fracturé. Les parties molles du menton sont toutes meurtries, et, quand on veut examiner en quel état se trouve le maxillaire inférieur, on s'aperçoit aisément, par le déplacement de certaines de ses parties et par les crépitations qui se font sentir quand on le touche, qu'il est fracturé en plusieurs points de son étendue. Ainsi une première fracture existe évidemment à la symphyse du menton, une deuxième fracture perpendiculaire à celle-là et parallèle à la direction de l'os isole de celui-ci la portion osseuse qui supporte les quatre incisives inférieures et une des canines, et cette portion se trouve encore elle-même partagée en deux à sa partie moyenne; une troisième fracture paraît exister dans la continuité du corps de l'os à droite. Des esquilles, qui se sont détachées plus tard, nous ont démontré qu'il y avait eu encore quelques désordres que nous n'avions pas appréciés alors. Ajoutez à cela que les dents supérieures avaient été pour la plupart emportées, rupturées, et que l'aile gauche du nez avait été aussi fortement endommagée. Mais ce qui était le plus remarquable parmi ces lésions diverses, c'était la destruction presque totale de l'une et l'autre lèvres dont il ne restait plus que quelques débris morcelés sur les côtés, ce qui mettait à découvert tout l'intérieur de la bouche.

Le malade qui n'était âgé que de 32 ans, d'une forte constitution, avait le moral assez rassuré. Le pouls quoique un peu agité, un peu nerveux, n'indiquait presque pas de fièvre : la chaleur de la peau était presque naturelle; il n'y avait aucun symptôme de commotion du cerveau. Toutes ces considérations me firent porter un pronostic favorable relativement à la cicatrisation de toutes ces meurtrissures, sauf plus tard à réparer, à l'aide de l'autoplastique, ce qui devait nécessairement rester imparfait.

Je ne décrirai pas jour par jour les divers phénomènes que nous présenta cette plaie si compliquée. Je me contenterai de mentionner les principales indications que nous eûmes à remplir pendant la durée du traitement. Dans les premiers jours, des fomentations émollientes tièdes étaient faites sur la figure; des boissons mucilagineuses seules d'abord, puis du bouillon lui étaient donnés à l'aide d'un biberon.

Quelques jours après, quand les surfaces meurtries donnaient de la suppuration, nous les recouvrions de compresses fenêtrées sur lesquelles étaient placés des gâteaux de charpie maintenus par des compresses et une fronde du menton.—Si quelquefois l'inflammation de ces parties prenait un peu trop d'intensité, alors des cataplasmes émollients remplaçaient les gâteaux de charpie et atténuaient la phlogose. C'est par des soins ainsi ménagés que s'obtint peu à peu la cicatrisation des bords de cette vaste solution de continuité et que les fractures se consolidèrent. Tout marcha même d'une manière assez régulière. Quelques esquilles, dont une assez étendue, se détachèrent de la partie latérale gauche de la mâchoire inférieure. Des deux portions osseuses, supportant les dents incisives inférieures et une des canines, qui avaient été séparées du corps de l'os, une seule se souda avec la pièce primitive, tandis que l'autre, quoique vivant par les parties molles auxquelles elle adhérait, dut être enlevée à cause de sa mobilité persistante et de la mauvaise direction qu'elle avait prise. Un abcès, qui s'était développé dans la joue gauche, se termina aussi convenablement. Enfin, dès le commencement du mois d'août, tous ces bords déchirés et irréguliers s'étaient desséchés et cicatrisés.

Mais quoique la nature, convenablement aidée par l'art, eût procuré la cicatrisation de toutes ces surfaces meurtries, elle n'avait pas pu opérer la réparation de ce qui avait été emporté par l'explosion. Ainsi la destruction presque complète des deux lèvres persistait; car il restait à peine un cinquième de la supérieure vers son extrémité gauche; le reste en avait été enlevé avec tant de précision, si je puis m'exprimer ainsi, qu'on l'eût dite vraiment disséquée sous la cloison des narines et la partie postérieure des ailes du nez qui étaient à nu. Quant à l'inférieure, il n'en existait qu'une petite partie au côté gauche; tout le reste à partir du sillon mento-labial manquait complétement.

Cet exposé permet de se représenter assez nettement ce qu'était cet homme après les seuls efforts de la nature, quel triste aspect devait offrir cette ouverture toujours béante et quels inconvénients graves devaient en résulter pour le malheureux blessé. C'est ainsi que les maxillaires, maintenus rapprochés par les tissus inodulaires des cicatrices multipliées, ne pouvaient s'écarter que fort peu l'un de l'autre; la parole par le manque des dents et des lèvres était très-altérée : quelques sons pouvaient seulement être articulés; la salive découlait sans cesse sur le menton, et la nourriture était incomplète, puisque ce malheureux en était réduit à ne prendre que des aliments liquides, qui, quoique portés profondément dans la bouche à l'aide d'un biberon, refluaient encore en partie au dehors, les obstacles pour les retenir n'existant plus.

Le malade ne pouvait donc pas être laissé dans cet état; et nous tenions trop à cœur nous-mêmes de ne point le laisser sortir de l'hôpital sans lui avoir redonné des lèvres. Aussi, fort de la résolution du malade pour se soumettre à l'opération dont

nous l'avions déjà entretenu, et certain de la possibilité de son exécution, nous y procédâmes avec plaisir le 9 août dernier. M. le docteur Arnaud nous assistait dans cette opération toute nouvelle pour notre hôpital.

Nous fîmes placer le malade sur une table longue, recouverte d'un matelas garni d'alèzes : la tête et les épaules étaient relevées par des oreillers. Quoiqu'on conseille généralement pour ce genre d'opérations de faire asseoir les malades sur des chaises, il me paraît préférable de les opérer quand ils sont couchés : le décubitus dorsal est moins fatigant pour eux ; s'il survient quelque syncope, ce qui est assez ordinaire, on est moins embarrassé, et l'opérateur est de toute manière mieux à son aise. Quant à l'inconvénient du sang dans la bouche, outre qu'en opérant le malade assis on n'en est pas complétement à l'abri, il suffit de faire asseoir de temps en temps le malade et de le faire pencher en avant pour en obtenir l'expulsion. Mes aides étant ensuite convenablement disposés et un drap plié en quatre suivant sa largeur ayant été placé sur le devant de la poitrine pour maîtriser plus aisément les mouvements qu'aurait pu faire le malade, je me mis au côté droit du patient et me disposai à commencer les incisions nécessaires. Je ferai observer ici que, convaincu qu'on ne saurait apporter trop de précision dans la formation des lambeaux, j'avais eu la précaution auparavant de marquer avec un crayon de nitrate d'argent fondu la direction que je devais donner aux incisions, la trace laissée par le nitrate devant guider d'une manière sûre l'instrument tranchant. Je procédai d'abord par la confection de la lèvre supérieure. Ici la joue droite devait en fournir la plus grande partie, la gauche toute criblée de cicatrices n'offrant pas assez d'extensibilité pour permettre d'y recourir. En conséquence une première incision commençant vers la commissure droite se dirigea transversalement vers l'apohyse coronoïde du même côté : elle comprenait toute l'épaisseur de la joue. Une deuxième incision partant de dessous l'aile droite du nez, aux limites de la cicatrice, se dirigea parallèlement à la première jusqu'à la même distance, et par là se trouva formé un lambeau qui ayant toute l'épaisseur de la joue possédait la largeur de la lèvre que j'avais à faire. Ce lambeau par son côté antérieur fut avivé avec des ciseaux à bec-de-lièvre. Un autre lambeau fort court fut formé sur le côté correspondant de la joue gauche; il comprenait la petite partie restante encore de la lèvre : le bord antérieur de celui-ci fut encore régularisé et avivé. Avant de les rapprocher et de les réunir, il fallut songer à aviver aussi les tissus cicatrisés de la partie postérieure et inférieure de la base du nez; et c'est en y procédant que le bistouri taillant nécessairement un peu du fibro-cartilage de la cloison des narines et des ailes du nez, il devint évident que nous allions mettre ces tissus fibro-cartilagineux en contact avec le tissu musculeux des joues pour qu'ils adhérassent ensemble. Les choses étant ainsi disposées, je cherchai à rapprocher les deux lambeaux l'un de l'autre pour faire affronter leur bord antérieur. Mais je ne pus d'abord y parvenir : je songeai alors à augmenter l'extensibilité du lambeau principal, le lambeau droit, en incisant la muqueuse qui le tapissait près de l'apophyse coronoïde, et en le disséquant un peu en dehors du masséter que je laissai intact. Dès ce moment nos deux lambeaux purent être rapprochés et mis en contact. Ils furent maintenus affrontés par trois points de suture entortillée. Leur bord supérieur fut tenu en rapport avec les joues et le bas du nez par trois aiguilles fixées aux points les plus convenables.

Restait l'autre lèvre à confectionner qui devait offrir plus de difficultés que la première, par la raison que le bord sus-mentonnier restant, inégalement découpé, présentait à gauche une échancrure que je voulais combler avec les lambeaux pour éviter une fistule immanquable sans cette précaution. C'est effectivement à cela que je prêtai mon attention pour la forme que je donnai au lambeau principal pris encore sur la joue droite, les cicatrices de la gauche ne permettant pas d'utiliser cette dernière. Son bord supérieur était déjà formé par l'incision que j'avais déjà faite, pour la première lèvre, dans le sens de la commissure. Pour préparer le second, je fis descendre verticalement de la commissure ou, pour parler plus exactement, du point qui correspondait à la commissure droite (les lèvres manquant, il restait non pas une commissure mais le point qui y avait correspondu), une incision verticale qui s'étendit vers la base de la mâchoire, et du bas de ce bord vertical partit une autre incision dirigée en dehors et un peu en haut, de manière à se rapprocher quelque peu du supérieur en arrière. Ce lambeau, qui en partie était libre par sa face interne, fut séparé de l'os dans sa portion adhérente à l'aide du bistouri. Restait à aviver le bord sus-mentonnier et le bord antérieur d'un très-petit lambeau pris à gauche. Comme le lambeau principal, le droit, ne pouvait aisément atteindre le gauche, et que ce qui s'y opposait le plus était la muqueuse interne, je fis à celle-ci une double incision qui n'intéressait que son épaisseur, et dès ce moment le rapprochement immédiat put s'exécuter. Il fut rendu permanent par deux aiguilles et la suture entortillée. Comme, avec les précautions que j'avais prises en faisant les incisions, le lambeau droit était plus large en avant qu'en arrière, il put combler l'échancrure dont j'ai parlé. Il ne resta plus qu'à le fixer sur le bord sus-mentonnier à l'aide de quelques

points de suture entortillée, et en haut avec la joue dont il avait été tiré, en laissant toutefois entre cette lèvre et la supérieure l'écartement convenable pour constituer l'ouverture buccale. Comme le pourtour de celle-ci était formé de bords saignants, j'attirai avec des pinces à dissection la muqueuse de leur face interne et les en recouvris à l'aide de plusieurs points de suture à anse, précaution qui m'avait si bien réussi dans la première opération.

Pendant l'opération, j'eus à lier quatre branches artérielles, au nombre desquelles l'artère faciale droite qu'un élève avait été chargé de comprimer à son passage sur la base du maxillaire.

Tel est le descriptif du manuel opératoire que je crus devoir suivre pour cette laborieuse opération.

Le malade, nettoyé du sang qui recouvrait sa figure, son cou, etc., se rendit lui-même à son lit. Une seule compresse imbibée d'eau froide fut placée sur sa figure; on la renouvelait de temps en temps.

Silence, diète, boissons mucilagineuses introduites avec précaution entre les deux lèvres de nouvelle formation.

La première journée se passa bien : suintement capillaire sanguin dans la bouche, mais qui n'offre rien d'inquiétant.

Deuxième jour. — Rien de nouveau, fièvre modérée; le malade est tranquille : il demande un peu de bouillon, qu'on lui donne; tisane de riz acidulée.

Quatrième jour de l'opération, visite du matin : j'enlève trois épingles de la lèvre supérieure; tuméfaction modérée des tissus. — Tisane, bouillons.

Cinquième jour.—Toutes les autres épingles sont enlevées. L'odeur que, dans cette saison chaude (mois d'août), le mélange du sang et du pus avait occasionnée, et quelques larves de mouche qui s'y étaient développées me forcèrent à enlever tous les fils et à nettoyer avec soin les lèvres. Je pus alors reconnaître que la réunion par première intention était presque complète. — Tisanes, bouillons et semouille plusieurs fois par jour.

Septième jour.— Malaise général, frisson intense, commencement d'érysipèle qui envahit successivement la face, le front, les oreilles, mais qui ne dépasse point le cuir chevelu. Cet épiphénomène, qui s'était déclaré à la suite d'une colère, nous avait inspiré des craintes sérieuses, qui, heureusement, ne se réalisèrent pas. Il suivit sa marche ordinaire et disparut sans accidents.

Quatorzième jour. — Les deux lèvres sont complétement cicatrisées; à peine la commissure droite suppure encore un peu.

Seizième jour, 25 août. — Tout est desséché et cicatrisé. La guérison est telle que nous devions l'espérer.

Cette opération pourra paraître remarquable par les difficultés qu'il a fallu vaincre. C'est sur la joue droite, en effet, qu'il a fallu prendre les lambeaux formateurs de l'une et de l'autre lèvres, la gauche n'y ayant pu concourir que pour une petite partie. Des tentatives sur le cadavre m'avaient démontré la possibilité du résultat que nous avons obtenu. On aura aussi observé la rapidité de la guérison, malgré même l'apparition de l'érysipèle.

Le malade resta quelque temps encore à l'hôpital pour réparer ses forces, qu'une nourriture depuis longtemps incomplète avait considérablement diminuées. Pendant cet intervalle, l'art du dentiste dut intervenir pour faire disparaître quelques dents qui, par suite de fractures, ne se correspondaient pas et gênaient ainsi la mastication.

Il sortit de l'hôpital dans les premiers jours d'octobre pour aller reprendre son métier de forgeron.

J'ai revu depuis peu cet homme : l'ouverture buccale est régulière; les commissures sont exactement sur la même ligne et à égale distance de la ligne médiane du corps. La lèvre supérieure est bien conformée et presque immobile. Quant à l'inférieure, elle présente vis-à-vis le point de rapprochement des deux lambeaux une légère échancrure produite par le retrait du tissu inodulaire qui s'y était développé. En ce point, la lèvre endurcie ne jouit point de la mobilité qu'elle présente ailleurs, ce qui l'empêche, là seulement, de s'appliquer exactement sur la supérieure. De là résulte la perte d'une petite quantité de salive et de la gêne pour boire avec un verre.

Le malade, au reste, a gagné par cette opération, avec la formation des deux nouvelles lèvres, la faculté de pouvoir articuler les mots à peu près aussi distinctement qu'avant son accident, de pouvoir procéder encore à la mastication des aliments solides, de pouvoir retenir la salive dans la bouche, et de pouvoir enfin reprendre son ancienne profession.

Comme on a pu le voir par l'exposé des deux observations précédentes, les joues seules ont contribué à former les lèvres nouvelles : réparer, refaire celles-ci avec des lambeaux taillés sur les joues, a été l'idée dont je ne me suis pas départi dans l'une et l'autre opération. J'ai agi ainsi, parce que le raisonnement, au défaut de l'expérience, m'indiquait que c'était la meilleure manière de faire pour obtenir les plus beaux résultats. C'est, au reste, ce que démontrera un coup d'œil comparatif sur les diverses méthodes successivement préconisées pour réparer les lèvres perdues.

Je ne mentionnerai que pour mémoire la méthode indienne, quoiqu'elle ait été employée de diverses manières par des célébrités chirurgicales de l'époque, telles que Dupuytren et Delpech, MM. Lallemand et Dieffenbach. On sait qu'elle consistait à figu-

rer sur les téguments des parties voisines un lambeau de peau qui, renversé et tordu sur lui-même, était appliqué de manière à se recoller par les bords rafraîchis de la solution de continuité. La rareté des guérisons obtenues par elle et la défectuosité inévitable des plus beaux ou des moins mauvais résultats qu'elle a pu laisser obtenir, malgré l'habileté de ces praticiens célèbres, l'ont depuis longtemps plongée dans un oubli dont on ne la relèvera plus probablement. Comment, par elle, aurais-je pu faire une double restauration de lèvres?

Ce qu'on est convenu d'appeler méthode ancienne devenait aussi, dans les deux cas, complétement inapplicable. Ce n'est, en effet, que l'application de l'incision en V dans l'excision d'une tumeur cancéreuse ou le rafraîchissement des bords d'une solution de continuité et leur rapprochement rendu possible, par la dissection continuée assez loin pour qu'ils puissent se rejoindre; et, comme on doit le reconnaître aisément, elle ne peut se rapporter qu'à des solutions de continuité peu étendues, et nullement à la perte totale d'une lèvre, et, à plus forte raison, de toutes les deux.

Quant à la méthode qui a été plus généralement suivie dans ces derniers temps, et qu'on trouve décrite sous le nom de méthode française, méthode à laquelle se rattachent les noms de Chopart, de MM. Roux de Saint-Maximin, et Lisfranc, et qui consistait à réparer ces solutions de continuité étendues à l'aide des parties molles du menton et de la peau du cou, je n'ai pas songé à l'employer, parce que, pour ma première opération, je n'aurais pu avoir qu'une lèvre difforme et immobile comme le sont nécessairement celles qu'on produit par ce moyen, au lieu de la lèvre musculeuse et mobile que j'ai obtenue; et que, pour la seconde, elle ne m'eût jamais donné les moyens de faire la lèvre supérieure, ne pouvant se rapporter qu'à la confection imparfaite de l'inférieure.

Bien plus avantageuse est la méthode à laquelle j'ai donné la préférence, et que je n'appellerai pas nouvelle, à l'imitation des chirurgiens modernes, puisqu'on la trouve décrite par Celse avec assez de détails et d'explications pour qu'on puisse à bon droit lui donner son nom. Si, en effet, on avait mieux médité le chapitre IX du VIIe livre que ce grand homme de l'antiquité a légué à la médecine, on n'aurait pas attendu ces dernières années pour emprunter aux joues des lambeaux convenables pour refaire les lèvres perdues. Car, après avoir indiqué la manière de traiter les pertes de substance étendues des lèvres, il décrit de la manière suivante le procédé pour réparer celles qui sont plus considérables. Je copie ses propres paroles :

« Ratio curationis ejusmodi est : id quod curtum » est, in quadratum redigere; ab interioribus ejus » angulis lineas transversas incidere, quæ citeriorem partem ab ulteriore ex toto diducant : deindè » ea, quæ sic resolvimus, in unum adducere, etc. » Or, voici ce que signifient littéralement ces paroles :

« Voici la manière dont il faut s'y prendre : on » commence par emporter et égaler le bord de l'endroit mutilé; après quoi de ses angles intérieurs » on fait partir des incisions transversales pour pouvoir séparer totalement la partie qui doit être en » arrière de celle qui doit être portée en avant. On » prend ensuite le morceau qu'on a ainsi détaché et » on l'amène sur la partie qu'on veut rajuster. » Or, je le demande, n'est-ce pas la description succincte, il est vrai, mais réelle, de la méthode qu'on a ressuscitée dans ces derniers temps et à laquelle j'ai dû deux beaux succès? Honneur donc au génie de Celse d'avoir connu, d'avoir préconisé ce procédé, et honneur au génie de la chirurgie moderne de l'avoir fait revivre et de lui demander de belles guérisons, quand les occasions s'en présentent! Ce ne sont pas, en effet, des simulacres de lèvres que l'on forme en le suivant, mais des lèvres réelles, ayant, comme les naturelles, une membrane muqueuse qui les tapisse en dedans, une couche musculeuse qui leur donne de la mobilité, et jusqu'à une muqueuse sur leur bord libre, qui peut ainsi acquérir la sensibilité spéciale qui leur était dévolue.

Ajoutons encore qu'indépendamment des résultats bien plus avantageux qu'on obtient ainsi, la nouvelle méthode offre des difficultés bien moins grandes que les autres. Les chirurgiens qui pratiquent pour la première fois des opérations de cette nature, craignent généralement que les lambeaux ne soient pas assez extensibles pour permettre la formation d'une ou deux lèvres. Eh bien! ces craintes sont chimériques : on ne peut pas éprouver de difficulté sérieuse quand on peut prendre sur chaque joue un lambeau convenable, c'est-à-dire quand les joues sont saines. Et ma seconde observation démontrerait au besoin que, même avec une seule joue, on peut parvenir à trouver les lambeaux formateurs de deux lèvres. C'est, au reste, ce que m'avaient démontré des tentatives multipliées sur le cadavre avant de l'expérimenter sur le vivant.

Voici enfin, en terminant, quelques conseils pratiques que m'a suggérés mon expérience dans ce genre d'opérations.

1° Comme tout ici doit être fait avec régularité, pour éviter des difformités, nous conseillons, quelque habitude qu'on ait des opérations, de tracer à l'avance, avec un crayon de nitrate d'argent, des lignes qui indiquent la limite des lambeaux et qui dirigent les incisions à faire. Nous qui avons pour principe d'agir toujours avec prudence et de calculer autant que possible nos actes chirurgicaux, nous

suivrions exactement ce précepte, sans le regarder comme indispensable.

2° Il faut avoir bien soin à l'avance de faire extraire tous les débris de dents qui offriraient des inégalités, et même les dents entières qui auraient des déviations vicieuses. On pourrait, sans cette précaution, voir la lèvre reportée être ou perforée ou enflammée, ce qui contrarierait et compromettrait peut-être même la guérison.

3° On n'oubliera pas de recouvrir le bord libre de la nouvelle lèvre avec la muqueuse de la face interne des lambeaux qu'il suffira presque toujours de tirer avec les pinces pour pouvoir l'en recouvrir et l'y fixer par la suture à anse. La guérison sera plus facilement obtenue, et la lèvre nouvelle se rapprochera plus des qualités de l'ancienne.

4° Si les lambeaux sont trop peu extensibles pour couvrir la solution de continuité, qu'on divise par une incision verticale la muqueuse de leur face interne qui souvent forme le principal obstacle, sans toutefois dépasser son épaisseur. Si cela devait être insuffisant, on disséquerait en dehors du masséter, dont les fibres doivent être respectées. On obtiendra toujours ainsi assez de longueur.

5° Une autre précaution qui me paraît importante, c'est de séparer des lambeaux les tissus durcis des cicatrices. Leur présence dans les lèvres nouvelles, en gênant leurs mouvements, risque de rendre incomplet et imparfait le résultat qu'on voulait obtenir.

6° On se rappellera enfin que l'ouverture nouvelle de la bouche ayant toujours quelque tendance à se rétréoir pendant la cicatrisation de ses bords, on fera bien de la laisser d'abord un peu plus grande qu'elle ne doit l'être plus tard, après la guérison.

Revue médicale.—Fév. et Mars 1839.

Mémoire sur les déchirures du périnée chez la femme et sur celles de la cloison recto-vaginale, rédigé d'après les leçons de M. Roux.

Les déchirures du périnée, lorsqu'elles sont complètes, sont une infirmité tellement dégoûtante pour les femmes qui en sont affectées; les moyens que jusqu'à ces derniers temps l'art a eus pour y remédier étaient tellement impuissants, tellement abandonnés, que je crois faire une chose utile en donnant un sommaire des leçons que vient de faire à l'Hôtel-Dieu le célèbre chirurgien qui, le premier, a imaginé un moyen aussi sage qu'efficace de rendre à ces parties leur conformation naturelle. Lui-même n'a fait sur ce sujet qu'un Mémoire lu à l'Académie des sciences, le 6 janvier 1834, inséré dans le t. V des *Savants étrangers*, recueil peu consulté par la majorité des praticiens. Outre que cet excellent travail me sera d'une grande utilité, quelques faits qui se sont passés sous mes yeux, soit dans la pratique particulière de M. Roux, soit à l'hôpital, me permettront, je pense, de reproduire les idées de ce professeur avec assez de fidélité; je n'y ai ajouté qu'un paragraphe sur les déchirures de la cloison recto-vaginale et quelques notes, la plupart bibliographiques, qui peut-être ne seront pas tout à fait dénuées d'intérêt.

§ I. — Le quart supérieur du vagin n'a, avec la face antérieure du rectum, qu'un rapport médiat. Ils sont séparés par le péritoine, qui, en se réfléchissant de l'un sur l'autre, forme un cul-de-sac dans lequel peuvent s'engager quelques anses intestinales; plus bas, au contraire, ces deux organes sont unis par un tissu cellulaire assez serré; et c'est cet adossement, cette adhérence de leurs parois, qui forment ce qu'on appelle *cloison recto-vaginale*, cloison qui a trois pouces environ de haut en bas, et qui, augmentant quelque peu d'épaisseur inférieurement, se confond avec le périnée.

Le *périnée*, ou intervalle ano-vulvaire, a naturellement de dix-huit à vingt lignes d'étendue d'avant en arrière; mais il ne faut pas croire qu'il a partout la même composition, la même résistance. Près de l'anus, on trouve au-dessous de la peau un tissu charnu formé par l'entre-croisement des fibres du sphincter anal et du constricteur du vagin; mais ce tissu, qui se continue en haut avec la cloison, n'a, d'avant en arrière, que quatre ou six lignes d'épaisseur, de sorte que toute la portion du périnée qui se trouve au-devant n'est formée que par du tissu cellulaire et la peau qui, en se continuant avec la muqueuse du vagin, forme une valvule plus ou moins saillante au-dessous et en arrière de l'orifice vulvaire de ce canal. Ce repli offre bien moins de résistance que la portion charnue; aussi se rompt-il très-souvent au moment de l'accouchement pour ne plus se réunir, ou ne se réunir qu'incomplétement, d'où vient qu'il n'est pas rare de voir des femmes dont le périnée n'a que six et même quatre lignes d'étendue antéro-postérieure.

§ II. — Cette déchirure se conçoit facilement; on comprend également bien comment les femmes qui ont la vulve fortement tournée en avant, le périnée plus large qu'il ne devrait être, y sont plus exposées. Mais cette conformation vicieuse expose à un accident tellement extraordinaire, que des auteurs très-recommandables en ont douté; et on devrait en douter effectivement, si le raisonnement ne devait tomber devant l'expérience, si le fait n'était démontré par des observations bien authentiques: je veux parler de la déchirure centrale du périnée. Cependant on conçoit, à la rigueur, comment la tête

de l'enfant, ne pouvant suivre un trajet aussi oblique, vient presser contre le périnée, le distend dans tous les sens, s'en coiffe pour ainsi dire, et finit par passer au travers sans déchirer la commissure (1). Moins heureuses encore sont quelques femmes et même celles qui jouissent d'une meilleure conformation ; chez elles, au moment du passage de l'enfant, le périnée se déchire dans toute son étendue, l'anus et la vulve ne font plus qu'une ouverture. Cette rupture se fait ordinairement sur la ligne médiane, quelquefois cependant elle a lieu un peu à côté; presque toujours alors la cloison recto-vaginale y participe, mais il est rare que cette déchirure s'étende très-haut, qu'elle dépasse un pouce au-dessus du périnée. Dans les onze cas de ce genre que M. Roux a opérés, la cloison se trouva toujours intéressée, mais à quelques lignes seulement de hauteur. Enfin il est des femmes chez lesquelles le périnée résiste et la cloison recto-vaginale se rompt; nous en avons eu, pendant le cours de l'été, un exemple au n° 11 de la salle Saint-Jean. Le périnée avait résisté dans une étendue de trois à quatre lignes; mais, immédiatement au-dessus du sphincter de l'anus, commençait une déchirure verticale de la cloison, déchirure qui s'étendait à une hauteur de quinze lignes au moins.

Presque toujours ces ruptures sont l'effet d'une première parturition. Les causes sont alors, outre la disposition vicieuse qui a été signalée précédemment, des cicatrices vicieuses résultant de plaies ou de brûlures, la rigidité des parties, et par conséquent un âge déjà avancé, l'étroitesse et le peu de longueur du vagin, le volume de la tête de l'enfant, son passage trop brusque, l'application du forceps soit parce qu'elle n'a pas été faite avec l'art et les précautions convenables, soit par cela seul que cet instrument augmente le volume de la tête ou parce que l'accoucheur a extrait celle-ci avec trop de rapidité. Presque toujours ces communications entre le rectum et le vagin se font brusquement, très-rarement par gangrène, bien différentes en cela des fistules vésico-vaginales, ce qui dépend de ce que la pression sur le pubis se fait bien plus fortement et dans une étendue bien moindre que sur le sacrum.

Indépendamment de celles dont je viens de parler, des destructions du périnée peuvent être le résultat de diverses maladies, telles que gangrène spontanée, cancer, syphilis, etc. Nous avons eu il n'y a pas longtemps, au n° 8 ou 9 de la salle Saint-Jean, une femme chez laquelle de nombreuses ulcérations vénériennes avaient transformé le rectum et le vagin en un véritable cloaque; elle ne tarda pas à succomber à l'abondance de la suppuration dont ces parties étaient le siége. Des accidents, tels que des chutes où le périnée porterait sur des corps anguleux, peuvent également donner lieu à sa destruction; l'art lui-même en a quelquefois opéré. C'est ainsi que M. Roux rapporte une observation (1) dans laquelle une division des plus complètes avait été inutilement pratiquée pour guérir une simple fistule (2); c'est ainsi que l'année dernière il était décidé à fendre le périnée, pour extirper une tumeur développée dans la cloison recto-vaginale, s'il n'y était heureusement parvenu d'une autre manière. « Enfin, dit le professeur, cette mutilation ne pouvait-elle pas provenir de quelque acte volontaire, criminel ou insensé? J'ai souvenance, sans pouvoir bien me rappeler la source où ce fait a été consigné, qu'une fois elle a été le résultat d'une atroce vengeance exercée par un mari sur sa femme, qu'il savait lui être infidèle. »

On ne connaît pas d'exemple que cette infirmité ait jamais été congéniale, tandis qu'on voit si souvent des enfants naître avec des divisions existant sur la ligne médiane, soit du voile du palais ou de la voûte palatine elle-même, soit de la poitrine, de l'abdomen, de la face antérieure de la vessie, de l'urèthre, etc.; on n'a jamais entendu dire qu'une jeune fille soit née, ait vécu avec une division du périnée.

§ III.— Lors même que celui-ci n'est rompu que dans sa partie antérieure, il est rare que les efforts de la nature suffisent pour réparer le désordre. Les deux lèvres de la division se cicatrisent isolément, et la vulve se prolonge beaucoup en arrière, mais il n'y a pas de communication anormale; le sphincter de l'anus conserve son intégrité et son ressort; il n'en résulte pas d'infirmité assez grave pour nécessiter les secours de la chirurgie. L'inconvénient est peut-être moins grave encore quand il s'est fait

(1) Suivant M. Moreau, la science compte une quarantaine de faits semblables et bien attestés. (Gaz. Méd. de Paris, 1832, p. 695.) Ce professeur a publié un Mémoire sur ce sujet. (Revue médicale, juin 1834.)

Voyez l'obs. de Dupuytren, Gaz. méd., 1832, p. 684, et celle de Foucher, rapportée par Francon, ibid, p. 866.

(1) Mém. cité.

(2) M. Roux a démontré combien sont fréquentes les fistules ano-vulvaires, c'est-à-dire celles qui s'étendent du voisinage du rectum à l'une des grandes lèvres. Comme toutes les fistules anales, celles-ci ne guérissent presque jamais spontanément. Quand on les traite par incision, il faut bien prendre garde d'intéresser le vagin, et encore je crois avoir remarqué que malgré cette précaution, elles guérissent bien plus difficilement que les autres. Je ne serais pas éloigné de croire que dans ce cas on dût préférer la ligature par le fil de plomb, qui, avant de couper les parties superficielles, donne aux parties profondes le temps de se réunir.

une déchirure centrale du périnée; car constamment alors la déchirure disparaît par les seuls efforts de la nature, les parties se consolident sans réunion artificielle (1). Mais il n'en est plus de même quand le périnée est détruit dans toute son étendue, la nature est tout à fait impuissante. L'écoulement des lochies inondant continuellement la plaie, et les bords de celle-ci se trouvant, par la disposition des parties, constamment éloignés l'un de l'autre, d'abord ils suppurent, puis se cicatrisent isolément, se revêtent d'une muqueuse, et il ne reste plus de deux ouvertures parfaitement distinctes, qu'une large fente à bords droits ou irrégulièrement ondulés; seulement, lorsqu'on écarte ceux-ci on voit cette fente partagée en deux par une cloison transversale, déchirée elle-même plus ou moins haut : c'est la cloison recto-vaginale.

Il est inutile de dire combien est triste la condition d'une femme en cet état; ce n'est pas que la conception ne puisse se faire, l'accouchement est même rendu plus facile. Noël a opéré une femme qui était devenue mère de sept enfants depuis qu'elle avait eu le périnée détruit. M. Roux a connu une dame anglaise qui, ayant éprouvé ce malheur à son premier accouchement, était cependant en possession d'une famille de douze enfants. « Je suis sûr, ajoute-t-il, qu'on recueillerait dans le monde nombre de cas semblables, et peut-être qu'à force d'art, d'adresse, de ruse, et par je ne sais quelles supercheries, des femmes parviennent à cacher une infirmité si propre à inspirer du dégoût. Mais quand elle est connue, et pour que ce dégoût soit surmonté, ne faut-il pas ou le délire des sens porté à l'excès, ou un sentiment plus qu'ordinaire des devoirs presque sacrés qu'impose l'union conjugale? Non-seulement une femme chez qui le périnée n'existe plus n'est plus femme qu'à demi, au moins en ce qui concerne l'appareil extérieur de la génération; non-seulement elle a perdu toute jeune qu'elle peut être, et qu'elle est le plus ordinairement, une partie des charmes dont la nature l'avait pourvue, mais une des plus graves incommodités qu'il y ait; une incommodité dégoûtante l'afflige encore continuellement, son sort est presque aussi misérable que celui des personnes qui sont affectées d'un anus contre-nature. Comme le sphincter de l'anus a été déchiré et ne peut plus se contracter, comme toute action a cessé à la partie inférieure du rectum, rien ne s'oppose à l'issue des gaz intestinaux, aussitôt qu'ils parviennent au terme de leur cours, ni à la sortie, ou continuelle, ou du moins trop souvent répétée et presque involontaire des matières fécales. Sans doute celles-ci peuvent séjourner quelque temps dans l'intestin-rectum, quand elles y arrivent avec une certaine consistance; mais sont-elles molles, le besoin de les rendre se produit à chaque instant; il est vif et pressant; et si elles sont encore à un état plus voisin de l'état liquide, elles s'échappent involontairement, inondent le vagin et toutes les parties voisines (1). Les femmes qui sont en proie à une telle infirmité sont presque toutes obligées de vivre dans une solitude contraire à leur âge, à leur sexe et à leurs habitudes. » Il n'est pas de moyen auquel ces malheureuses n'aient recours; les unes cherchent à obturer le rectum au moyen de tampons, d'autres font usage de moyens compressifs, etc. La première que M. Roux opéra avait fait un usage immodéré d'opium pour se constiper au besoin. Toutes enfin, pour que la quantité des matières excrémentitielles soit la moindre possible, se condamnent à ne prendre que la quantité d'aliments strictement nécessaire à l'entretien de la vie. Ainsi donc tout concourt à jeter leur âme dans une profonde tristesse et à détériorer leur santé.

§ IV.— J'ai déjà dit combien était peu grave une déchirure incomplète du périnée; j'ajouterai que le sphincter anal ayant seul résisté, les plus simples précautions sont suivies d'une guérison complète (2).

(1) C'est à la vérité ce qui a lieu le plus souvent. La malade observée par Dupuytren se trouva guérie sept semaines après l'accident, (Lec. or., t. III, p. 203.) C'est là le temps ordinaire. Mais il n'en est pas toujours ainsi, comme le prouve l'observation de M. Francon. Dupuytren cite même l'exemple d'une femme chez qui la matrice venait faire saillie au dehors à travers la déchirure. Faut-il dans ces cas tenter la réunion par la suture, ou bien couper simplement la bride qui sépare l'ouverture anormale de la vulve? En prenant ce dernier parti, l'orifice du vagin serait très-large, mais il y aurait peu d'incommodité d'ailleurs, tandis que, si l'on a recours au premier, il en résultera, outre les difficultés de l'opération, une vulve très-étroite, tournée en avant, et à un second accouchement les mêmes difficultés qu'au premier. (Voir la Gaz. méd., 1832, p. 685.)

(1) Quelques femmes, après avoir éprouvé une incontinence complète de matières fécales, recouvrent plus tard la faculté de les retenir et de les rendre à volonté, excepté quand elles sont affectées de diarrhée. Entre autres preuves je choisirai l'exemple de cette femme dont M. Vigla et moi nous avons rapporté l'observation. (Journ. des Conn. médico-chir., sept. 1836.) Gardien, Burns, avaient déjà fait cette remarque. Si les idées de J. O'Beirn sur l'état habituel de contraction de la partie supérieure du rectum sont vraies, elles expliqueraient assez bien ce fait. (The London medical and surgical journal, august. 1836.—Voy. Gaz. méd. du 15 oct. de la même année.)

(2) Sédillot pense que si une division de ce genre est récente, il suffit, pour obtenir la guérison, de faire coucher la malade sur le côté, de rapprocher les cuisses par un lien et de joindre à cela des soins de propreté. Si elle est ancienne, les mêmes moyens suffisent, mais il faut préalablement rafraîchir avec l'instrument tranchant. Deux fois cette mé-

Mais quelle différence quand ce dernier muscle est lui-même déchiré! l'écartement et le peu d'extensibilité des parties, l'écoulement continuel des liquides, s'interposant entre les lèvres de la plaie, l'effort des matières stercorales pour vaincre la résistance du sphincter de l'anus, voilà des difficultés, des obstacles, qui font que les tentatives des chirurgiens, jusqu'à ce jour, n'ont été suivies de succès qu'à de longs intervalles, et que les moyens qu'ils ont employés sont tombés dans un discrédit presque complet.

«L'honneur de la première tentative, dit M. Roux (1), appartient à la chirurgie française. C'est Guillemeau, disciple, émule et contemporain de notre Ambroise Paré, qui rapporte le premier fait relatif à la suture du périnée; c'est par lui que l'opération avait été pratiquée. Il avait mis en usage ce que nous appelons la *suture à points entrecoupés* : l'opération avait réussi. Indépendamment de la grande confiance que ce célèbre chirurgien inspire, le fait est rapporté avec les circonstances les plus propres à en garantir l'authenticité; je n'en puis dire autant d'un cas de succès attribué à un chirurgien obscur, dont il est parlé dans les *Ephémérides des curieux de la nature*, recueil qui n'a pas toujours un caractère suffisant de vérité. Plus tard, Mauriceau, Lamotte, Smellie, ont paru croire qu'on pouvait entreprendre la restauration du périnée; ils la conseillent, indiquent la suture à points passés, mais sans dire s'ils ont réellement tenté cette opération, et sans faire connaître les résultats qu'ils en avaient obtenus. C'était y attacher peu d'importance; c'était en quelque sorte l'abandonner. On n'y pensait plus en effet, lorsque, vers la fin du siècle dernier, deux chirurgiens français, Noël (de Reims), et Saucerotte (de Lunéville), l'entreprirent une fois, chacun séparément, et l'entreprirent avec succès, l'un et l'autre en employant la suture qu'on nomme *suture entortillée*. Ces deux faits font époque dans la science. Pendant longtemps ils ont été les seuls connus, les seuls cités, et faisaient la base unique des brèves considérations qu'on trouve consignées sur la restauration du périnée dans nos ouvrages classiques. Noël et Saucerotte ont presque passé pour des inventeurs ; on admira leur courage, mais sans montrer beaucoup d'empressement à marcher sur leurs traces. La chirurgie anglaise, si belle à tant d'égards, émule et rivale de la nôtre, s'est montrée tout à fait stérile sur ce point. Les chirurgiens français de notre époque ont montré presque tous la même indifférence, ou bien ont été découragés par quelques non réussites, sans rechercher aucunement si par des voies nouvelles on ne pourrait point arriver à de meilleurs résultats. M. Boyer n'avait jamais, dans le cours de sa longue carrière, pratiqué la suture du périnée, et, dans son grand ouvrage de chirurgie, il se borne à ne pas désapprouver les nouveaux essais qu'on voudrait faire, mais sans montrer beaucoup de confiance. Son contemporain d'âge et son égal en renommée, M. Dubois, l'a faite une fois et n'avait point réussi; son fils, M. Paul Dubois, l'a tentée une fois aussi pareillement, à l'hospice de la Maternité, même revers. L'un et l'autre avaient suivi les errements tracés par Noël et Saucerotte, c'est-à-dire qu'ils avaient mis en usage la suture entortillée. Cependant, depuis que mes succès connus ont rappelé l'attention sur ce sujet, on parle d'une tentative heureuse faite par M. Dupuytren, il y a douze ou quinze ans (1), mais à laquelle il avait attaché peu

---

thode lui a réussi. Si la plaie vicieusement cicatrisée est encore moindre, il substitue le caustique à l'instrument tranchant. Dans une circonstance semblable il toucha à plusieurs reprises les bords de la division avec le nitrate d'argent fondu, et la réunion ne se fit pas longtemps attendre. (Journ. gén. de méd., t. 56, p. 181, 1816.)

(1) Mém., cité.

(1) D'après M. Pigné (Traduct. de la chirurgie de Chelius, t. I, p. 262), c'est en 1805 que Dupuytren pratiqua cette opération. J'ai souvent ouï raconter ce fait plus ou moins orné d'accessoires plaisants, suivant le talent des narrateurs. Je pense faire plaisir aux lecteurs et le leur mettant sous les yeux, tel que Dupuytren l'exposa lui-même dans ses leçons.

« Je fus appelé par M. Gardien et un autre médecin près d'une jeune fille accouchée en secret et hors de la maison paternelle. L'accouchement s'était terminé par une rupture complète du périnée, qui allait jusqu'à l'anus et ne s'arrêtait qu'à un demi pouce de hauteur de la paroi antérieure du rectum. Plusieurs jours s'étaient déjà écoulés depuis ; je conseillai et pratiquai la suture à points séparés ; aujourd'hui je préférerais l'enchevillée. Après un mois écoulé, la jeune fille était obligée de retourner chez son père, et la réunion n'était point faite. Une suppuration opiniâtre y avait mis seule obstacle, car je n'avais point coupé les fils, et les fils n'avaient point coupé les chairs. Mon avis fut de laisser la suture en place et que la réunion se ferait. On suivit ce conseil, et je n'entendis plus parler de rien.

» Trois ou quatre ans après je vis entrer dans mon cabinet de consultation un homme et une femme ; mais celle-ci se tenait en arrière et me faisait signe comme pour m'inviter à la prudence. L'homme, c'était son mari, m'exposa qu'il n'avait pu consommer le mariage, et qu'il désirait savoir de moi si c'était sa faute ou celle de sa femme. Je la visitai, je trouvai l'ouverture du vagin très-étroite, et regardant en avant, en arrière, le périnée était parcouru par une longue et forte cicatrice. Je conseillai à l'époux de renouveler ses efforts, qui, en effet, furent enfin couronnés de succès. La femme devint enceinte et accoucha, chose remarquable, sans qu'il se fît de nouvelle déchirure. Cette femme était celle que j'avais opérée plusieurs années auparavant ; j'ai su d'elle qu'elle s'était confiée à un médecin qui n'avait

d'importance; et l'un de nos recueils périodiques de médecine, celui qu'on nomme *Revue médicale*, contient le récit d'un cas où cette suture du périnée a été pratiquée à peu près dans le même temps et avec un résultat également favorable, par M. Montain le jeune, un des plus habiles chirurgiens de Lyon; et je dois à la vérité de dire que, dans le cas dont il s'agit, et dont j'ai eu connaissance il y a très-peu de temps, M. Montain a fait, pour une partie de son opération, quelque chose qui se rapproche du procédé dont je croyais avoir eu complétement la première idée.

» Cependant aussi, et depuis le commencement de ce siècle, quelques chirurgiens allemands ont eu pitié de ces malheureuses femmes chez lesquelles le périnée a été rompu dans l'accouchement. Ils ont essayé de faire revivre la suture de cette partie; surtout ils ont discuté avec sagesse la question de l'époque la plus opportune pour entreprendre cette opération : tels que Mursinna, Mentzel, Osiander et plus spécialement encore M. Dieffenbach à Berlin. Les uns proposent la suture à points passés ou séparés, les autres recommandent la suture entortillée. Aucun n'a eu la pensée d'appliquer cet autre moyen de synthèse, qui a nom *suture enchevillée*; et, s'il faut en croire M. Dieffenbach, il n'y a guère à espérer de succès qu'en pratiquant deux incisions parallèles sur les côtés de la vulve et du périnée, incisions par lesquelles on prévient le tiraillement et une trop forte distension des parties voisines de celles qui doivent être embrassées dans les anses de fil, ou traversées par des aiguilles. C'est ainsi qu'a agi le chirurgien de Berlin dans plusieurs cas; et deux fois, mais deux fois seulement ses efforts ont été couronnés de succès. Osiander a pareillement réussi une fois, et sans le secours de ces incisions verticales sur les côtés du périnée; on connaissait ces nouvelles tentatives faites par les chirurgiens allemands; on voulait bien croire à la vérité de quelques succès obtenus par eux, mais ces succès étaient considérés comme des faits tout à fait exceptionnels. En France surtout on ne pouvait croire qu'il fût jamais possible de trouver, pour la restauration du périnée, une méthode applicable à tous les cas et qui, dans la main même des chirurgiens les plus habiles, pût offrir des probabilités suffisantes de succès. On avait donc abandonné cette opération comme étant, sinon trop difficile dans l'exécution, du moins trop incertaine et trop chanceuse dans ses résultats. »

C'est ainsi que M. Roux expose l'état des esprits en France, par rapport à la suture du périnée. Pénétré lui-même du peu d'espoir qu'elle offrait, il ne fallut rien moins que les sollicitations les plus pressantes pour lui faire entreprendre une opération de ce genre. C'était en janvier 1832; n'ayant encore aucune expérience propre à cet égard, il suivit la route frayée. Après avoir avivé et placé quatre aiguilles, il pratiqua ce qu'on appelle la *suture entortillée;* mais, en dépit de ses soins, malgré la tendre sollicitude et les efforts du mari, qui était lui-même médecin très-habile, ses craintes se réalisèrent, et la réunion qui paraissait faite le septième jour où l'on ôta les fils, n'existait plus deux jours après. Malgré ce fâcheux résultat, malgré l'épidémie terrible qui ne tarda pas à éclater, cette jeune dame resta à Paris, dans l'attente d'une seconde opération. Tant de courage ne devait pas être sans récompense. Après de mûres réflexions sur ce sujet, M. Roux acquiert bientôt la conviction que la difficulté principale vient de ce que, même avec la suture entortillée, le fond de la plaie n'est pas rapproché assez fortement et communique avec deux cavités lubrifiées par des liquides, d'autant plus abondants qu'elles participent elles-mêmes à l'inflammation du périnée; il fallait donc chercher un moyen qui agît principalement sur le fond de la division; et c'est ainsi qu'il a été conduit à la *suture enchevillée*, qu'on n'avait employée jusqu'alors que pour les plaies pénétrantes des parois abdominales.

§ V.— Voici comment il procède :

La malade étant placée en travers sur le bord de son lit, comme pour la taille périnéale, c'est-à-dire couchée sur le dos, le bassin élevé, les cuisses fléchies sur l'abdomen et les jambes sur les cuisses, deux aides, debout de chaque côté, la maintiennent dans cette position et écartent en même temps les grandes lèvres avec la précaution de tendre également, uniformément, les parties des deux côtés. Le chirurgien, assis entre les jambes de la patiente, commence à aviver au moyen d'un petit bistouri convexe sur le tranchant.

Pour cela il dissèque de chaque côté de la solution de continuité un lambeau quadrilatère, ayant un pouce et demi à deux pouces dans son diamètre coccy-pubien et s'étendant de la peau jusqu'à la cloison. Dans ce premier temps, plusieurs précautions sont nécessaires : 1° il faut que les deux lambeaux se correspondent parfaitement, qu'ils aient

---

coupé mes sutures que quand la réunion avait été complétement faite. » (Gaz. méd., 1832, p. 685.)

On voit, par ce qui précède, que Dupuytren était convaincu des avantages de la suture enchevillée sur toute autre. Mais qu'on remarque bien que c'est dans ses leçons du 16 oct. 1832 qu'il émet cette opinion, tandis que c'était au mois de mai que M. Roux avait obtenu son premier succès. Le détail de cette opération avait été publié par M. Vidal, de Poitiers, dans sa thèse soutenue à la Faculté de Paris, le 28 août 1832, et dont Dupuytren avait été examinateur. C'est donc bien à tort que l'auteur d'un ouvrage sur la médecine opératoire, se fondant sur quelques mots du passage rapporté plus haut, attribue ce procédé à Dupuytren.

autant que possible la même longueur et la même largeur; 2° en les circonscrivant, on commence comme dans toute opération du même genre, par l'incision la plus déclive ; 3° il faut anticiper un peu sur la peau d'une part, et d'autre part sur les parois du vagin ; cette précaution a pour but de mettre en contact des surfaces aussi étendues que possible et on y satisfera, dût-on rendre l'ouverture du vagin un peu trop étroite ; 4° enfin on dissèque les lambeaux aussi minces que possible pour ne pas faire une perte de substance trop considérable. On termine ce premier temps de l'opération, en avivant séparément avec des ciseaux droits les deux lèvres de la cloison recto-vaginale, lorsqu'elle est elle-même fendue. Le sang que donnent quelques artérioles s'étanche ordinairement avec facilité ; dans le cas contraire, on les torderait, ou on en ferait la ligature ; puis on pose les fils.

Les ligatures doivent être plates et avoir au moins une ligne et demie de largeur. Que les aiguilles soient fortes, longues d'environ quatre pouces, d'une courbure régulière de dix-huit lignes de rayon à peu près ; qu'elles soient bien acérées, tranchantes sur leurs bords près de la pointe, que leur chas soit assez large pour admettre les ligatures avec facilité. Cela fait, celles-ci sont doublées, et leurs deux extrémités réunies par un nœud ; alors, appliquant quelques doigts de la main gauche sur la face avivée de la lèvre gauche de la division pour la soutenir, on enfonce une première aiguille de dehors en dedans à quinze lignes au moins de la plaie, d'abord perpendiculairement à la peau, puis obliquement de manière à la faire ressortir un peu au delà du point le plus profond de la surface saignante. On attire alors cette aiguille et la ligature qu'elle entraîne après elle, puis on l'enfonce dans la lèvre droite de la déchirure de dedans en dehors en lui faisant suivre un trajet absolument semblable au précédent, mais en sens inverse. On place de la même manière tous les fils en commençant par le plus rapproché de l'anus et en remontant successivement. La première fois M. Roux en mit quatre à un demi pouce d'intervalle; mais trois doivent suffire dans le plus grand nombre de cas, l'un que l'on pose tout près de l'anus, un autre du côté du vagin, le troisième enfin entre les deux autres au niveau de la cloison. Ce dernier offre cette particularité que, quand la cloison est déchirée, on la lui fait traverser pour en rapprocher les bords. J'ai dit que l'on enfonce chaque aiguille un peu au delà de la surface saignante, qu'on anticipe par conséquent un peu sur les parois du vagin : cette précaution a pour but d'opérer sur ces parois une légère traction et de mettre en contact les deux plaies dans tous les points de leur étendue.

Alors on met un morceau de bougie de gomme élastique un peu forte dans les anses que les ligatures doublées forment du côté droit, et on tire sur chacune d'elles du côté opposé, de manière à presser le cylindre contre la peau ; ensuite on place à gauche, entre les deux bouts de chaque ligature, un cylindre sur lequel on fait un nœud simple très-serré, puis un nœud bouclé ; il ne faut pas craindre de presser les bords de la plaie l'un contre l'autre un peu fortement.

Mais alors la suture enchevillée fait un peu saillir en dehors les bords de la plaie, et leur coaptation ne serait pas aussi parfaite qu'on pourrait le désirer, si l'on ne faisait rien pour prévenir cet effet et mettre la peau en contact avec elle-même. La première fois M. Roux y parvint au moyen de ligatures minces, qu'il avait eu la précaution d'engager dans les différents points de suture avec les ligatures principales, et qui lui servirent à faire comme autant de points de suture simple, fort peu serrés toutefois ; maintenant il se contente de placer transversalement, et entre les ligatures principales, des fils moins gros, de telle sorte que les extrémités de chacun d'eux après avoir passé entre les cylindres et la peau, sont ramenées l'une vers l'autre et nouées au-devant de la plaie du périnée. On mettra autant de fils qu'il y aura d'intervalles entre les ligatures, deux par conséquent, si celles-ci sont au nombre de trois.

« On voit de suite pourquoi, dit le professeur, cette suture agit ici bien plus efficacement que toute autre. Comme c'est avec des aiguilles courbes qu'on conduit et qu'on place les ligatures, on doit agir plus profondément et embrasser plus de parties qu'avec des aiguilles droites. Les fils, bien qu'ils se redressent par la tension qu'on leur fait subir, ne prennent pas une rectitude et surtout une rigidité semblables à celles des aiguilles droites qui restent dans une plaie réunie par la suture entortillée ; on a dès lors moins à craindre une trop prompte division des parties qu'ils touchent immédiatement ; puis au moyen des cylindres, et quoique des intervalles plus ou moins grands séparent les ligatures elles-mêmes, la double pression latérale de laquelle résultent les rapprochements des bords de la plaie est égale, uniforme dans toute leur longueur, et doit produire une coaptation plus exacte ; et cette double pression produit son effet autant et plus même sur les parties profondes que sur les parties superficielles, à quoi il faut ajouter que, dans la suture enchevillée, il n'y a point étreinte, constriction des bords de la plaie ; ces bords sont seulement attirés de loin, poussés, pressés l'un contre l'autre et tout à fait libres à l'extérieur : dès lors ils sont moins susceptibles d'être coupés ou déchirés par des points de suture qui seraient trop longtemps en place. Et, chose non moins importante, tout passage de liquides entre les

surfaces rapprochées mises en contact doit être impossible ; toute communication entre le fond de la plaie et l'extérieur doit être interceptée. Voilà par quels raisonnements, ajoute-t-il, je parvins à me persuader qu'il y avait plus de chances de succès, en appliquant la suture enchevillée à une division, et surtout à une division complète du périnée, qu'en pratiquant la suture entortillée. »

§ VI. — Mais ce moyen lui-même, tout puissant qu'il est, deviendrait inefficace si l'on ne prenait certaines précautions. D'abord on ne doit jamais opérer aussitôt après l'accouchement ; car, sans parler de l'ébranlement général, et de certaines maladies internes auxquelles expose la parturition, croit-on que ces parties, qui viennent d'être distendues, meurtries, déchirées, qui par conséquent doivent devenir le siége d'une vive inflammation, et de plus vont être continuellement inondées par l'écoulement lochial ; croit-on, dis-je, qu'il y ait beaucoup de chances pour qu'elles se réunissent? La compression des ligatures, en s'opposant au gonflement inflammatoire, ne pourra-t-elle pas déterminer la gangrène, ou au moins activer l'inflammation au point qu'il sera difficile d'arrêter ses ravages et de prévoir ses résultats ? Il faut attendre, se contenter de faire coucher la malade sur le côté, de tenir les cuisses rapprochées par un lien qu'on ne détache au besoin qu'avec la plus grande circonspection ; on entretiendra la propreté des parties au moyen d'injections émollientes, des lotions balsamiques, suivant les cas. On laissera ainsi la plaie suppurer ; ses bords se dégorgeront, se cicatriseront séparément, et ce n'est que lorsque tout sera rentré dans l'ordre que les parties auront recouvré leur souplesse et leur extensibilité naturelles, qu'on pourra recourir à l'opération (1).

Il peut se présenter une circonstance dont il est bon de dire quelques mots. Il peut se faire, et il est inutile de dire comment, que la déchirure du périnée soit accompagnée d'une destruction plus ou moins grande de la cloison vésico-vaginale. On a pu en voir un exemple, l'année dernière, à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu (2). Indépendamment de la gravité de cette dernière maladie considérée en elle-même, c'est encore pour la déchirure du périnée une fâcheuse complication ; car comment espérer réunir une plaie que l'urine baigne continuellement? On n'a réellement pas assez de chances de succès pour tenter l'opération tant que la fistule ne sera pas oblitérée, et chacun sait combien il est difficile d'y parvenir.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'opération est décidée, il est quelques soins à prendre dont on ne pourrait se dispenser sans compromettre sciemment les résultats. Il est évident que, pour réunir immédiatement deux surfaces mises à l'état de cruentation, la première condition est la persistance incessante des rapports, l'immobilité pendant un temps suffisant. On tâchera donc de prévenir la réplétion trop rapide du rectum et les tiraillements qu'exige leur expulsion, en mettant quelques jours d'avance la malade à un régime très-sévère, en lui faisant prendre des boissons laxatives, des lavements, en administrant même un léger purgatif la veille de l'opération, afin de vider autant que possible le canal intestinal des matières qu'il contient. Mais si l'on a recours à ce dernier moyen, il faudra avoir bien soin de ne pratiquer la suture qu'autant qu'il aura complétement cessé d'agir.

Ces précautions sont de toute rigueur : on est de suite frappé de leur importance; mais quand l'opération est faite, la marche à suivre n'est pas aussi nettement tracée. Faut-il en effet laisser les matières s'accumuler aussi longtemps que possible pour les chasser plus tard, ou bien les faire écouler presque d'elles-mêmes, et à mesure qu'elles se présentent? J'ai dit que la première femme opérée par M. Roux pouvait se constiper pendant dix, douze et même quinze jours, en faisant usage d'opium. Le chirurgien mit à profit cette faculté : après la première opération, il débarrassa le rectum peu de temps après, parce qu'il vit de suite quel devait en être le résultat; mais il s'en garda bien après la seconde, et ce n'est que le vingt-deuxième jour que la malade eut besoin d'aller à la garde-robe. Les matières qui formaient alors une masse considérable et avaient acquis une grande consistance, ne sortirent qu'avec beaucoup de peine, et il fallut même y aider par des pressions exercées de haut en bas avec un doigt introduit dans le vagin. Toutefois, à l'époque dont il s'agit, une défécation encore plus laborieuse n'aurait pu rompre des parties entre lesquelles s'était opérée la réunion la plus intime, et dont la continuité était parfaitement notable. Mais, sous ce rapport, serait-on toujours également favorisé? ne s'exposerait-on pas à voir s'anéantir en un instant le fruit de bien des peines, si, après avoir laissé les matières s'accumuler et s'endurcir, la malade venait à être prise tout à coup d'un besoin irrésistible de les rendre? D'une autre

(1) Ce précepte est de la plus haute importance. On trouve il est vrai, dans la Gazette médicale (1835), une observation de M. Convers fils, où l'opération pratiquée assez peu de temps après l'accouchement, d'après le procédé de M. Roux, fut suivie d'un résultat satisfaisant; mais, d'une autre part, j'ai entendu parler d'une opération du même genre faite aussitôt après l'accident, et bientôt suivie de la mort. D'ailleurs, à l'aide des seuls moyens qu'indique ici le professeur, on a encore quelques chances de guérison. C'est ainsi que Trainel a obtenu la réunion d'une déchirure complète du périnée en onze jours. (Journ. gén. de méd., t. IV, p. 427.)

(2) Journ. des Conn. médico-chir., sept. 1836.

part, si aussitôt après l'opération on favorisait l'expulsion des matières à mesure qu'elles se présentent, en augmentant leur liquidité, ne pourraient-elles pas se filtrer pour ainsi dire entre les surfaces rapprochées, et empêcher leur agglutination? J'omets encore volontairement quelques inconvénients graves attachés à cette méthode. Voici comment M. Roux agit ordinairement. Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, il tient la malade à une diète absolue, et lui fait prendre en boisson une légère décoction de riz. Le sixième ou même le septième jour, il lui donne un minoratif pour vider le rectum, avant d'enlever les moyens de constriction; le lendemain il ôte les fils, puis il revient aux boissons légèrement astringentes, et renouvelle plusieurs fois le minoratif à des intervalles convenables.

Il est inutile de dire qu'on doit ordonner l'immobilité absolue, le décubitus sur le dos; que les cuisses doivent être rapprochées et réunies par un lien pour prévenir tout mouvement involontaire. Si la malade avait auprès d'elle une personne qui eût l'habitude de pratiquer le cathétérisme, on la sonderait chaque fois qu'elle éprouverait le besoin d'uriner; mais cette opération, toute simple qu'elle est ordinairement, ne se fait souvent dans ces cas qu'avec quelque difficulté : aussi vaut-il mieux prendre pour règle générale de mettre une sonde à demeure pendant les sept ou huit premiers jours. A partir du moment où on a ôté les ligatures, on lave plusieurs fois par jour le périnée et les parties voisines avec de l'eau blanche, et ce soin est surtout nécessaire lorsque la malade ne peut uriner sans qu'il ne tombe quelques gouttes d'urine sur les parties récemment cicatrisées; dans ce dernier cas, il serait encore bon d'enduire ces parties d'un corps gras tel que le cérat. Enfin, j'ajouterai une petite recommandation qui n'est pas sans quelque importance : c'est lorsqu'on a besoin d'examiner l'état des parties ou de les laver, de ne pas écarter les cuisses, mais de les fléchir sur le bassin; si alors on élève les jambes, le périnée apparaît dans toute son étendue.

§ VII.— Passons maintenant aux résultats et laissons le professeur les exposer lui-même. « J'ai pratiqué cette opération sur onze femmes. Dans tous les cas, l'inflammation n'est survenue dans les parties sur lesquelles j'avais agi qu'au degré bien strictement nécessaire pour la réunion que je voulais obtenir; jamais elle n'a pris le caractère d'un accident grave. Toutefois, quelques phénomènes particuliers ont eu lieu, dont il est bon de prévenir. Toujours le vagin a été le siége d'un flux puriforme assez abondant; j'en ai modéré les effets et prévenu la stagnation des mucosités purulentes par l'injection souvent répétée d'un liquide émollient. Chose assez remarquable dans tous les cas, soit par l'effet du rapprochement exact des cuisses, soit, et plus vraisemblablement, à cause de la fluxion étendue à toute la vulve et du boursouflement des parties circonvoisines du méat urinaire ou de ce méat lui-même, il y a pendant quelques jours impossibilité de l'émission spontanée de l'urine : c'est une des raisons pour lesquelles je conseille de placer une sonde à demeure dans l'urèthre. Dans tous les cas aussi, les points de suture étant enlevés, et bien qu'après très-peu de temps la consolidation dût être parfaite, les bords de la division étaient désunis, ou plutôt séparés près de l'anus. Vers ce point, la plaie était un peu béante : il y avait là une petite fente comme celle qui aurait pu résulter d'une opération faite pour une fistule à l'anus, qui aurait eu son siége en avant; mais constamment cette petite fente a disparu, et l'anus, dans lequel j'avais soin de placer une petite mèche enduite de cérat, a repris promptement sa disposition naturelle; constamment enfin, et malgré le soin que j'avais pu prendre, dans l'opération, d'agir sur le petit bord libre ou sur l'éperon de la cloison recto-vaginale, de l'éviter ou de traverser cette cloison avec l'un des fils de la suture pour la rapprocher des parties molles du périnée proprement dit, il a fallu un temps assez long pour que toute communication cessât entre le rectum et le vagin; toujours des gaz intestinaux et des matières excrémentitielles, seulement à la vérité quand elles étaient liquides, ont passé par le vagin, et cela lorsque le périnée était déjà bien solide; mais insensiblement l'ouverture de la cloison s'est resserrée : elle a fini par s'oblitérer tout à fait, ou par devenir si étroite qu'elle ne livrait passage, et de temps à autre seulement, qu'à une très-petite quantité de gaz. »

Sur les onze opérées dont il vient d'être question, sept ont guéri par la première opération. Chez une autre, l'opération, inutile la première fois, eut un succès complet la seconde; et il ne s'agit pas de celle chez qui fut d'abord pratiquée la suture entortillée, je l'ai rangée dans la première catégorie. Deux sont mortes, l'une à la suite de phlébite ou de résorption purulente; l'autre, dont la déchirure *périnéale* était compliquée d'un renversement du rectum et du vagin, a succombé à la recrudescence d'une entérite chronique dont elle était affectée depuis longtemps(1). Enfin, chez une dame opérée dernièrement par

---

(1) Les chutes du rectum et du vagin sont une fâcheuse complication. La pression continuelle que la suture en éprouve est un grand obstacle à ce qu'elle reussisse. Une femme déjà âgée, qui vint l'an passé à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, avait une chute de matrice hors de la vulve. M. Roux essaya de diminuer l'ouverture de celle-ci au moyen de quelques points de suture enchevillée, dans l'intention de s'opposer autant que possible à la procidence utérine; mais la matrice, venant continuellement heurter contre la suture, ne tarda pas à la détruire.

M. Roux, tout se passa parfaitement bien jusqu'au quatorzième jour, époque où le besoin de la défécation s'étant fait sentir tout à coup, l'adhésion se rompit. Cependant cette lueur de succès ne fut pas inutile; la malade est pleine de courage, et a, ainsi que le chirurgien, la ferme espérance qu'une seconde tentative sera plus heureuse.

§ VIII. — Il ne me reste plus qu'à dire quelques mots sur les déchirures de la cloison recto-vaginale. Le professeur n'ayant fait qu'effleurer ce sujet, je tâcherai de suppléer quelque peu à son silence en rappelant brièvement quelques faits et les résultats auxquels sont arrivés ceux qui les observèrent. Nous avons déjà vu que ces lésions sont bien moins graves que celles dont nous venons de nous occuper; et que presque toujours alors la nature se suffit à elle-même pour en opérer l'oblitération. C'est ainsi que se fermèrent les petites fistules qui persistèrent pendant quelque temps chez les femmes guéries d'une déchirure du périnée par M. Roux. M. Sédillot a obtenu en dix jours la réunion d'une plaie de cette cloison, d'un pouce et demi d'étendue, par le simple usage d'injections émollientes pour empêcher la stagnation des lochies et des lavements administrés toutes les vingt-quatre heures (1). Cependant il n'est pas rare de voir une déchirure aussi étendue persister. J'ai déjà parlé d'une femme qu'on a pu voir, il n'y a pas longtemps, au n° 11 de la salle Saint-Jean. L'observation, communiquée par Saucerotte à la Société de médecine de Paris en 1798, offre un fait de ce genre. La femme qui en fait le sujet avait eu le périnée déchiré par un accouchement laborieux, ainsi que la cloison recto-vaginale dans un pouce et demi d'étendue, le sphincter seul restant intact. Le repos et une situation favorable furent employés inutilement; ce fut en vain qu'on favorisa la constipation. Trois mois et vingt jours après l'accident, Saucerotte aviva les bords de la déchirure de la cloison, et les réunit par six points de suture à surjet. Il plaça dans le vagin un linge enduit de baume du Pérou, et dans le rectum une canule accommodée à cet usage; la constipation fut favorisée par une diète sévère. Au onzième jour, épreintes violentes; on ôte la canule. Il sortit avec de vives douleurs et effusion de sang, des matières qui déchirèrent les trois points inférieurs et passèrent presque toutes par le vagin. La plaie était cependant réduite de moitié. Un mois après, on coupa le sphincter, on aviva de nouveau la plaie de la cloison, on pratiqua quatre points de suture. Cette fois on supprima la canule comme trop incommode, et on favorisa la liberté du ventre, et, trois mois après, la guérison fut complète (1). Ici on fut obligé de recourir à la suture qui réussit assez bien la première fois; mais remarquez bien qu'à la seconde elle n'eut qu'un succès assez éloigné pour qu'il soit permis de révoquer en doute son utilité. Une opération du même genre, pratiquée sur une petite fille de quatre ans par le docteur Portal, de Palerme, ne me paraît pas plus probante en faveur de la suture, puisque ce ne fut qu'au bout de soixante-dix-sept jours que la guérison fut accomplie (2). Si l'application des fils fut de quelque utilité, cela ne me paraît pas dépendre surtout de ce qu'ils provoquèrent dans les bords de la fistule un travail d'inflammation. M. Sédillot pense même que si Saucerotte se fût borné à aviver ces bords et à couper le sphincter pour rendre cet avivement plus facile et plus complet, que s'il n'eût pas fait de suture à la cloison, mais seulement au périnée, il eût obtenu un succès plus rapide, surtout en entretenant la liberté du ventre. L'observation recueillie par Noël, en 1794, vient à l'appui de cette assertion. Une femme avait une déchirure ancienne de tout le périnée, du sphincter de l'anus et de la cloison jusqu'à un pouce et demi d'étendue. Le chirurgien aviva exactement, refit le périnée au moyen de deux points de suture entortillée, l'un vers le rectum, et l'autre au niveau de la fourchette; il rapprocha les cuisses de la malade par un lien, et favorisa la liberté du ventre par des laxatifs. Le sixième jour, on ôta l'épingle la plus rapprochée du vagin, et toutes les matières passèrent par l'anus; la seconde épingle tomba le vingtième ou vingt-cinquième jour, et tout était cicatrisé (3).

On n'a peut-être pas assez essayé cette méthode; car la suture d'une cloison aussi mince, et dont il est si difficile de maintenir les bords en rapport, ne me paraît pas devoir conduire à des résultats bien avantageux. Cette femme que j'ai observée, et qui se trouvait dans les mêmes conditions que celle de Saucerotte, avait déjà été opérée inutilement à Clermont, quelques années avant son entrée à l'Hôtel-Dieu. M. Roux après avoir parfaitement avivé les bords, y fit quatre points de suture simple. Deux jours après, des gaz s'échappèrent par le vagin, et le quatrième ou cinquième jour, la désunion était complète. Peut-être aurait-on été plus heureux si on eût agi comme le conseille M. Sédillot.

Comme méthode opératoire, je ne dois pas oublier celle qui consiste à fermer l'ouverture préalablement

(1) Rec. périod. de la Soc. de méd., t. 4.—Journ. gén. de méd., t. 56.

(1) Rec. périod. de la Soc. de méd. de Paris, t. 4.—Journ. gén. de méd., t. 56.

(2) Gaz. méd., 1835.

(3) Rec. périod. de la Soc. de méd. de Paris, t. 7, p. 187, Journ. gén. de méd., t. 56.

avivée au moyen d'un lambeau disséqué sur les parties voisines, les fesses ou la partie supérieure et interne des cuisses; lambeau, qui, adhérant encore par une de ses extrémités qu'on n'a pas coupée, est renversé par l'autre dans la fistule, et y est maintenu par la suture, jusqu'à ce que sa surface sanglante, mise en contact avec les bords avivés, ait eu le temps de contracter des adhésions. Mais cette méthode est difficile dans son exécution, et je crains bien qu'on n'en obtienne pas de grands avantages; car l'autoplastie n'a pas, pour l'oblitération des fistules, donné jusqu'à présent d'aussi beaux résultats qu'elle semblait le promettre.

Si la nature ne paraissait plus rien faire pour la cicatrisation d'une déchirure de la cloison recto-vaginale, je pense qu'on devrait avoir recours à un moyen de traitement que M. J. Cloquet employa dernièrement avec succès. Une femme, m'a-t-on dit, avait depuis longtemps une rupture complète du périnée, et s'étendant jusqu'à plus d'un pouce sur la cloison. Ce chirurgien cautérisa à plusieurs reprises l'angle le plus élevé de cette déchirure, et parvint ainsi peu à peu à rendre à ces parties non pas une régularité parfaite, mais une conformation voisine de l'état naturel. Ce traitement pour une déchirure aussi étendue dût être et fut en effet bien long : aussi je ne pense pas qu'on doive l'employer dans un cas semblable, maintenant qu'on a un moyen si facile et si prompt de restaurer le périnée; mais pour une simple déchirure de la cloison, ce moyen me semble une ressource fort utile.

Je résume les conséquences qui découlent des faits que je viens d'exposer. Si une déchirure de la cloison est récente, on devra attendre quelque temps ce qui résultera des efforts de la nature : on attendra également, si la fistule, quoique ancienne est de peu d'étendue, parce qu'il est presque certain qu'elle se fermera soit spontanément, soit sous l'influence de quelques cautérisations. Si la déchirure est ancienne et très-étendue, on emploiera la cautérisation de ses angles, à la manière de M. Cloquet; si en même temps le périnée est déchiré, le sphincter seul restant intact, on coupera celui-ci et on restaurera le périnée suivant le procédé de M. Roux. Enfin, ce n'est que quand on n'aura pas d'autre ressource qu'on aura recours à la suture et à l'autoplastie.

Il résulte encore des faits que, dans tous les cas, il faut par-dessus tout favoriser la liberté du ventre. Lorsqu'on a fait la suture du périnée, il est bon, il est nécessaire même d'empêcher les matières stercorales de passer trop tôt par l'anus; mais puisque nous ne pouvons nous opposer à leur abord dans le rectum après les opérations pratiquées sur la cloison, il faudra au moins prévenir la distension de cette partie, l'écartement des bords de sa division, en facilitant autant qu'il est possible l'écoulement des matières qui y arrivent (1).

MERCIER.

J. DES CONNAISS. MÉD.-CHIR. — Mars 1839.

Quelques mots sur le traitement arabique contre la syphilis; par le même.

Quand une médication se rend recommandable par des succès nombreux dans le traitement de ces affections syphilitiques invétérées qui ont porté des désordres profonds et très-graves dans l'économie, quand surtout cette médication est encore peu connue, peu répandue et nullement employée dans ces centres d'instruction médicale, d'où rejaillissent comme d'un foyer commun les lumières et les connaissances théoriques et pratiques sur l'art de guérir, ce doit être un devoir pour les praticiens qui ont pu être témoins de ses brillants résultats, qui lui ont vu produire des succès inespérés, alors même que les autres méthodes de traitement avaient complétement échoué, de chercher par la publicité à la faire connaître et à la faire sortir de l'injuste oubli où on la laisse languir. Ce devoir on nous saura gré de vouloir le remplir aujourd'hui par rapport au mode de traitement antisyphilitique, connu dans nos contrées sous le nom de *traitement arabique*, et qui est assez fréquemment employé dans nos hôpitaux et dans la pratique civile. Nous croyons même les honneurs de la publicité d'autant mieux mérités à cette méthode curative, que nous ne nous adressons à elle, nous ne lui demandons des succès que lorsque la gravité de l'infection et des désordres qu'elle a produits, ou l'inefficacité constatée des traitements ordinairement employés semblent avoir marqué la maladie d'un sceau d'incurabilité. On pourra en juger, au reste, par le narré de quelques observations choisies parmi beaucoup d'autres, dont nous ferons suivre quelques détails préliminaires sur ce traitement.

Et d'abord qu'entend-on par cet énoncé : traitement arabique? Il ne sera pas oiseux d'entrer dans quelques explications à ce sujet, parce que ce serait

(1) Peut-être dans les opérations de suture ou d'autoplastie faites sur la cloison, et même dans certains cas de périnéraphie, serait-il bon de faire, en arrière de l'anus, une incision semblable à celle qu'on pratique dans les cas de fissure. L'innocuité de cette incision, la facilité avec laquelle elle guérit, le relâchement du sphincter qu'elle produirait, l'écoulement facile qu'elle donnerait aux gaz et aux matières fécales pendant les premiers temps qui suivent l'opération, la rendent rationnelle à mes yeux. Je livre à la sagacité des praticiens cette idée qui me semble nouvelle.

vainement qu'on voudrait tenter de trouver quelques détails à ce relatifs dans les nombreux formulaires, ou même dans les traités sur la syphilis qu'enfante tous les jours la presse médicale. Aucun d'entre eux ne fait mention du traitement arabique; leurs auteurs n'en ont aucune connaissance; et selon nous, cependant, la page qui en parlerait ne serait pas la moins utile de leurs livres.

Le nom d'arabique, qui a été conservé à ce traitement, porterait à croire qu'il aurait été en vogue chez les médecins arabes, ou que du moins quelqu'un d'entre eux l'aurait introduit dans la thérapeutique de la syphilis. Si l'on en croit une ancienne tradition conservée par les vieux médecins, accréditée même par de vieux manuscrits, cette méthode curative aurait été communiquée d'abord à l'hôpital de Marseille, par un apothicaire espagnol, il y a près de cent-cinquante ans. Ce serait depuis cette époque, qu'à l'hôpital de Marseille et dans les localités environnantes, on en aurait fait fréquemment usage.

Ce mode de traitement se compose de pilules, d'un opiat, d'une tisane sudorifique et d'un régime particulier connu sous le nom de *diète sèche*. Voici, au reste, les formules de ces diverses préparations:

Formule des pilules arabiques.

Pr. : Mercure naturel pur. . . . . } ana demi-gros.
Deuto-chlorure de mercure. . . }

Séné. . . . . }
Racine de pyrèthre. . . . . } ana un gros.
Agaric. . . . . }
Miel. . . . . Q. S.

On réduit en poudre les substances végétales: on divise exactement le mercure naturel avec le deutochlorure de mercure jusqu'à ce que les globules métalliques aient totalement disparu : ensuite, avec du miel on fait du tout une masse pilulaire, et avec celle-ci des pilules de quatre à six grains : on en fait prendre deux par jour.

Formule de l'opiat arabique.

Pr. : Salsepareille. . . . . 5 onces.
Squine. . . . . 3 onces.
Coquilles de noisette torréfiées. . . 1 once.
Gérofle. . . . . ʒj.
Miel. . . . . Q. S.

On en donne depuis deux gros jusqu'à demi-once, soir et matin.

La tisane sudorifique est faite avec la salsepareille et la squine : c'est la seule boisson permise au malade en traitement : il en boira un litre ou deux dans les vingt-quatre heures.

Régime. — Le régime offre également des particularités remarquables, et c'est bien à propos qu'on le désigne encore par le nom de diète sèche. Il exige, en effet, une proscription des aliments ordinaires, et ne doit consister qu'en galettes, raisins secs, noix, figues sèches, amandes torréfiées. On le regarde assez généralement comme un accompagnement indispensable des remèdes dans les maladies invétérées.

Administration des remèdes. — On commence par faire prendre chaque matin une pilule avec un verre de la tisane sudorifique après. Une heure plus tard, l'opiat est pris, accompagné d'un second verre de tisane: on répète la même chose le soir. Le restant de la tisane est pris dans le courant de la journée, pendant les repas ou après.

Voilà ce qui concerne le traitement et la manière de l'administrer.

Au premier abord il paraît, ou il peut paraître qu'on doit redouter dans les pilules arabiques l'action du sublimé-corrosif dont la dose semble forte. Mais on a depuis longtemps fait remarquer avec raison que les objections qu'on pourrait faire, *à priori*, sur la violence et les effets toniques de cette médication, tombent devant l'expérience et devant les analyses chimiques. Il est, en effet, inouï que des effets délétères aient été provoqués par ce traitement, ce qui ne pourrait pas être soutenu pour les autres préparations plus accréditées de deutochlorure de mercure. Et d'un autre côté il a été démontré par des travaux chimiques faits avec soin et intelligence, que par suite du mélange intime du mercure coulant avec le sublimé-corrosif, celui-ci est décomposé, et qu'après cette opération il n'existe plus de sublimé, mais bien un composé mercuriel nouveau jouissant par excellence de la propriété anti-syphilitique.

Quoique la diète sèche qui accompagne le traitement constitue un régime un peu bizarre, il est vrai cependant que les malades s'en accommodent facilement dans le commencement. Leur appétit même est d'abord remarquable : plus tard cet appétit diminue, une moindre quantité d'aliments suffit; et, vers la fin, les malades attendent avec impatience que la monotonie de cette alimentation cesse. Il est rare cependant qu'ils ne prennent pas patience jusqu'à la fin.

La durée du traitement varie de trente à cinquante jours. Disons cependant qu'il est rare qu'on soit obligé de dépasser la quarantaine.

Quelquefois nous avons vu le ptyalisme se déclarer vers la fin du traitement. L'usage des pilules arabiques qui, comme nous l'avons déjà vu, contiennent du mercure, explique ce phénomène. Il est rare, au reste, que la salivation se manifeste avant le qua-

rantième jour, et, à cette époque, presque toujours le traitement a été suffisant.

Quelques malades ne peuvent pas supporter ce mode de traitement. Ce sont des personnes dont l'estomac est dérangé notablement, et dont les forces digestives sont très-faibles, ou qui sont dans un commencement de consomption par suite de quelque phlegmasie organique intérieure indépendante de la syphilis. Nous croyons, à ce sujet, qu'on peut établir en règle générale que toute personne qui serait à même de supporter la liqueur de Van Swieten, les diverses pilules mercurielles vulgairement usitées, sera à même de faire la diète sèche, ou si l'on veut, de suivre le traitement arabique.

Ce n'est point, au reste, comme méthode générale que l'on doit conseiller le traitement arabique. Toutes les fois que des accidents syphilitiques ordinaires existent et que la maladie n'est pas encore constitutionnelle, dans le sens qu'on attache vulgairement à cette expression, ou même qu'étant constitutionnelle elle ne présente pas de symptômes fort graves, il est plus convenable, moins désagréable pour les malades, de s'adresser aux médications plus communément employées.

Mais quand une constitution est profondément infectée, et que le virus transpire en quelque sorte par toutes les parties de l'économie; quand l'infection se manifeste par des ulcérations virulentes dans le haut du pharynx, sur les amygdales, les piliers du voile du palais, à la voûte palatine, dans les narines, ou bien par des caries, des nécroses, des syphilides cutanées, rebelles, etc.; quand surtout ces symptômes ont résisté aux traitements ordinaires prescrits avec intelligence et pris avec soin, oh! alors, il convient de s'adresser au traitement arabique, comme à la méthode la plus sûre et la plus efficace, et fréquemment on aura lieu de s'étonner des conséquences heureuses de son emploi. On sait quels sont les efforts qu'a faits la thérapeutique pour seconder les médecins dans ces cas difficiles, et qu'elle a salué avec enthousiasme les préparations d'or que le praticien de Montpellier venait faire revivre. Et cependant, combien il y a loin des effets de cette dernière substance à ceux que l'on peut obtenir dans les mêmes circonstances de l'usage de la diète sèche et du traitement qui l'accompagne! J'en appelle à la pratique des médecins des quelques localités du midi où cette médication est en usage, et qui, grâces à elle, obtiennent tous les jours des succès remarquables. Il me souvient, en ce moment, qu'étant à Paris en 1835, je vis à l'hospice des Vénériens (service de M. Ricord), au premier lit de la rangée du milieu, un malheureux sur lequel la syphilis avait réuni comme à foison ses plus hideux symptômes. Qu'il me suffise de dire qu'indépendamment des autres symptômes, la surface de son corps n'était presque qu'une vaste plaie syphilitique, vrai foyer d'infection d'où s'exhalait une insupportable puanteur. Cependant l'habile praticien qui lui donnait ses soins depuis longtemps ne négligeait rien pour redonner à ce malheureux une santé qui, au contraire, allait dépérissant; et, vu l'état dans lequel je le laissai, j'ai tout lieu de croire que tant de soins seront demeurés inutiles, et que ce malheureux aura été, par sa mort, grossir le nombre des victimes de la vérole. Eh bien! peu de temps après mon retour de la capitale, un homme, non moins maltraité que celui que j'avais vu à Paris, dont le corps, malgré des traitements anti-syphilitiques par le mercure, était presque tout recouvert de plaies vénériennes, qui présentait enfin des symptômes identiques et par leur gravité et par leur aspect, fut rendu bientôt, dans notre hôpital, à une santé parfaite, par le traitement arabique auquel il fut immédiatement soumis. Comme l'observation de ce malade est fort intéressante, elle sera relatée dans le cours de cet article.

Je crois bien que des réflexions contraires peut-être à l'usage de ce traitement pourront se présenter à l'esprit des personnes qui prendront connaissance des détails qui le constituent. Pourquoi, par exemple, pourront-elles dire, le séné, la pyrèthre et l'agaric associés aux autres substances des pilules? A quoi bon ces coquilles de noisettes torréfiées, qui entrent dans la composition de l'opiat? Ce ne sera pas moi qui voudrait m'amuser à expliquer cela; mais il doit suffire au commun des médecins de s'en tenir au résultat de l'expérience. Quant à ceux qui, plus sévères, veulent ne rien voir d'inutile dans les formules, pourquoi ne chercheraient-ils pas à rectifier et simplifier cette médication reconnue si efficace, en élaguant quelques substances dont l'inutilité aurait été démontrée par l'expérience?

Ne serait-il pas encore utile d'expérimenter si on ne pourrait pas rendre un peu plus variée l'alimentation des malades? Nous savons, du reste, que des praticiens savent céder un peu de cette rigueur dans le régime, en laissant prendre une fois par semaine de la viande rôtie, et il ne paraît pas qu'ils comptent moins de succès.

Pour venir à l'appui de ces quelques réflexions, publions quelques observations de syphilis traitées par le traitement arabique.

Obs. I. — Antoine P...., de la Tour-d'Aigues, âgé de trente-sept ans, lymphatique, entre à l'hôpital d'Aix au milieu du mois de mai 1836, dans l'état le plus déplorable. Il est un spectacle vivant de ce que la syphilis offre de plus hideux. Des ulcères plus ou moins étendus et très-nombreux sont dispersés sur les diverses parties de son corps, et recouvrent la plus grande partie de sa surface. Toute l'aile gauche du nez a été rongée et détruite; des ulcérations existent

dans les narines ; en examinant l'intérieur de la bouche, on voit des plaies chancreuses sur les piliers du voile du palais et les autres parties apparentes de l'arrière-gorge. Des chancres recouvrent le pénis, et un écoulement gonorrhéique épais s'échappe du méat urinaire ; des douleurs nocturnes le privent même des douceurs du sommeil, etc. Recourant aux renseignements antérieurs, nous apprenons que ce malade a eu, deux mois et demi auparavant la communication funeste à laquelle il doit son état, que le mal s'est déclaré d'abord à la verge par des chancres et par un écoulement uréthral des plus abondants, et que peu à peu ensuite la lèpre syphilitique a envahi les diverses parties de son corps. Quand nous lui demandons s'il n'a eu recours à aucun traitement, il nous déclare qu'il a pris pendant assez longtemps des pilules, que le ptyalisme qu'elles ont causé et qui persiste encore indique avoir contenu du mercure. La gengivite procurée par elles a été même si forte qu'il en a perdu plusieurs dents. Le malade a encore fait longtemps usage de la tisane de salsepareille. Mais tous ces moyens n'avaient point empêché les progrès du mal.

Affaibli par tant de maux et des suppurations si abondantes à la fois, ses forces avaient notablement diminué. C'est à peine s'il pouvait encore se soutenir sur ses jambes.

Prescription. — Bain général, lotions des plaies avec l'eau chlorurée ou le vin aromatique ; compresses enduites de cérat sur les plaies ; soupes ; tisane de salsepareille.

Enfin, le 25 mai, prescription du traitement arabique selon les formules et précautions ci-dessus indiquées. Il fut continué sans interruption jusqu'au quarante-deuxième jour.

Il était facile d'apprécier l'amélioration successive qui en était la conséquence. On voyait peu à peu les plaies se rétrécir, la sanie qui les recouvrait diminuer de quantité, des bourgeons charnus vermeils se développer sur les ulcères, blafards naguères, etc. Enfin, quand le traitement fut supprimé, presque tous les ulcères étaient cicatrisés : si quelques-uns étaient encore ouverts, ils ne laissaient plus d'inquiétude ; on reconnaissait à leur aspect qu'ils marchaient à grands pas vers une cicatrisation complète.

Le malade resta à l'Hôtel-Dieu jusqu'en septembre, c'est-à-dire pendant environ deux mois après la cessation de tout traitement. Pendant ce temps P...., soumis à un régime restaurant, répara peu à peu les forces que la syphilis avait épuisées. Quand il nous quitta, il ne lui restait de tous les symptômes qu'il avait présentés qu'un ozène pour lequel le reniflement d'eau chlorurée lui fut conseillé.

Nous avons depuis revu le malade, et nous avons pu constater que sa guérison avait été complète.

Obs. II. — Jacques M..., voiturier, âgé de vingt-cinq ans, lymphatique, avait été atteint, deux années auparavant, de chancres qu'il avait traités probablement d'une manière peu régulière. Entré à l'hôpital d'Aix dès le commencement d'octobre 1855, il se plaignit d'un mal de gosier, qui depuis longtemps le tourmentait. Sa voix est altérée, nazillarde, sifflante. Il y a aphonie presque complète. Douleur sourde fort incommode au gosier, devenant plus forte après quelque fatigue, quand le malade a parlé trop longtemps, ou après des excès même légers dans le boire et le manger. L'examen de l'arrière-bouche nous permet de remarquer plusieurs petits ulcères à la paroi postérieure du pharynx : leur aspect, leur disposition ne laisse aucun doute sur leur nature. La luette est presque toute détruite ; les parties qui en restent, ainsi que les piliers du voile du palais, sont ulcérés à leurs bords et d'une consistance cartilagineuse. Les amygdales sont gonflées et douloureuses ; elles le sont plus encore quand le temps veut changer ou dans les variations atmosphériques.

Nul doute ne pouvant exister sur la nature syphilitique des symptômes, il est immédiatement prescrit : une cuillerée de liqueur de Van Swieten dans une prise de lait (à l'usage) ; tisane de salsepareille.

Cette médication fut suivie avec exactitude pendant trente-huit jours. Les parties phlogosées de l'isthme du gosier étaient de temps en temps touchées avec le nitrate d'argent. Le traitement dut être ensuite suspendu à cause d'un dérangement de l'estomac et des intestins ; en même temps ptyalisme léger. A cette époque, cependant, le mieux n'était guère apercevable, si tant est qu'il y en eût.

Pendant le mois et demi qui suivit, le malade fut tenu à un régime adoucissant, à l'usage du lait, des crêmes ; un vésicatoire fut entretenu à la nuque ; il y eut quelques applications de sangsues au-devant du cou ; quelques bains émollients furent également prescrits.

Le 4 janvier 1856, aucune amélioration n'existe chez le malade : l'affection de l'arrière-gorge est toujours la même ; la liqueur de Van Swiéten n'ayant procuré aucun avantage, on songe à adopter un autre système de traitement ; et cette fois, c'est au muriate d'or, selon les idées du docteur Chrétien, que l'on s'adresse. En conséquence :

Pr. : Chlorure d'or et de sodium. . . Gr. j.
Poudre d'iris. . . . . . . Gr. ij.

Mêlez et divisez en quinze paquets égaux : un pour friction sur la langue chaque matin, à l'usage. De plus une pilule d'un vingt-quatrième de grain d'oxyde d'or chaque jour ; un peu plus tard, deux par jour également.

Ce traitement fut suivi avec persévérance jusqu'au commencement de mars. A cette époque, le malade

paraissait mieux; les douleurs de gosier étaient presque nulles, la voix moins rauque. Mais la consistance des piliers du voile du palais, leur gonflement, leur ulcération avaient peu diminué. Il quitta l'hôpital.

A peine eut-il repris ses occupations habituelles, que les douleurs gutturales reparurent, que la voix s'éteignit encore. Le malade s'aperçut bientôt que son état était aussi grave qu'avant le dernier traitement.

Consulté de nouveau par lui, je lui conseillai de retourner à l'hôpital, où le traitement arabique, dont on avait cru jusque-là pouvoir se passer, lui serait administré. Rentré en effet le 2 avril suivant, il commença dès le 5 le traitement arabique et le continua avec persévérance et sans interruption jusqu'au quarante-quatrième jour, où un léger ptyalisme qui s'était manifesté engagea à cesser le traitement.

Il n'était plus nécessaire, en effet, de le continuer: la cure de cette maladie, jusque-là si rebelle, était obtenue.

Effectivement, ayant examiné avec soin le malade quelques jours après, nous pûmes reconnaître aisément les heureux effets de cette médication. Le voile du palais, ses piliers, le haut du pharynx, n'avaient plus d'ulcères : leurs tissus avaient perdu cette consistance cartilaginiforme qui ne les avait plus quittés jusqu'à ce dernier traitement; la voix, que nous croyions perdue pour toujours, reprit son timbre ordinaire, sa sonorité naturelle, et, malgré la destruction de la luette, elle ne fut plus nazillarde.

J'ai occasion de voir assez fréquemment l'homme qui est le sujet de cette observation : il n'a plus ressenti depuis cette époque le plus léger indice de sa triste maladie. La guérison produite par le traitement arabique a été complète.

Je dois ajouter encore qu'indépendamment des deux traitements administrés au malade avant celui qui amena la guérison, d'autres médications avaient été employées par lui. C'est ainsi que pendant une vingtaine de jours, il avait pris très-assidûment le remède purgatif de l'empirique Leroy, et que, quoique des superpurgations abondantes eussent été produites, aucun résultat n'avait été obtenu.

J'ajouterai même qu'en 1835, il avait eu une violente attaque de choléra, sans que l'énergique révulsion de la cruelle maladie eût produit le moindre bien sur la syphilis. Il fut moins heureux en cela que certains autres malades qui durent à cette terrible maladie des guérisons inespérées (1).

(1) Ceci me rappelle une observation assez curieuse que nous présenta un jeune fourrier, natif de Ville-Neuve de Berg. Ce militaire avait contracté en Afrique un catarrhe vésical très-intense, que les traitements les plus rationnels, pratiqués à Aix pendant trois mois, n'étaient pas parvenus à amender. Évacué sur Toulon, pour qu'il y prît les eaux minérales artificielles, étant jugé trop faible pour aller à Baréges, il y fut atteint l'un des premiers d'une violente attaque de choléra-morbus, qui dura une huitaine de jours; et, chose remarquable, non-seulement il ne succomba pas à la maladie, mais il dut à son choléra la guérison radicale de son catarrhe vésical, que nous avions jugé incurable. Nous vîmes, en effet, revenir au bout d'un mois et demi, sans aucun vestige de catarrhe de vessie, ce jeune homme dont naguère la faiblesse nous faisait mettre en doute s'il pourrait même se rendre jusqu'à Toulon.

Obs. III. — Dans le commencement de septembre 1837, entra à l'Hôtel-Dieu d'Aix un militaire venant de Baréges, où il était allé passer une saison pour y faire usage des bains. En étant venu aux informations sur la cause qui l'avait fait envoyer aux eaux, il nous déclara que c'était surtout à cause de douleurs violentes qu'il éprouvait dans les membres, et pour plusieurs fistules sous-cutanées qu'il nous fit voir, accidents qui, quoique ayant été considérés comme vénériens, et traités en conséquence, n'en avaient pas moins persisté, et n'en persistaient pas moins encore, malgré même l'usage des eaux minérales. Ses jambes présentaient des exostoses qui rendaient les tibias saillants. Les radius étaient aussi hypertrophiés. Les douleurs de ces parties étaient plus fortes la nuit, et lui procuraient de fréquentes insomnies, quand on ne les calmait pas par l'opium. Ce militaire présentait encore des ulcérations fistuleuses siégeant au-dessous des clavicules et derrière les omoplates, et ouvertes depuis plus d'une année.

Les signes commémoratifs avaient déjà fait connaître que c'était à une cause syphilitique qu'on devait attribuer l'apparition de ces symptômes; ils indiquaient qu'on avait affaire à une syphilis constitutionnelle. De là naquit l'idée d'attaquer franchement cette maladie, jusqu'à ce jour si rebelle, par le traitement arabique. En conséquence, dès le 25 septembre, prescription du traitement arabique.

Le 21 octobre, changement très-remarquable. Quoique le traitement n'eût été continué que pendant vingt-cinq jours, toutes les plaies fistuleuses étaient déjà cicatrisées, les douleurs ostéoscopes à peu près nulles. On remarquait déjà de la diminution dans les exostoses. Ce militaire quitta alors l'hôpital.

Je pourrais citer à l'appui de l'efficacité du traitement arabique beaucoup d'autres faits, parmi lesquels de très-remarquables. J'en aurais toutefois dit assez peut-être pour engager les médecins à aller quelquefois lui demander des succès qui, dans bien des cas, seront ainsi plus facilement obtenus, j'en suis convaincu, que par les autres méthodes vulgairement employées. Or, c'était là le seul but que

je me proposais en donnant de la publicité à cet article.

REVUE MÉDICALE. — Fév. et Mars 1839.

HOPITAUX DE PADOUE.

Considérations générales sur les remèdes dits hypersthénisants (1); par M. GIACOMINI, professeur de clinique à l'université de Padoue.

Nous appelons hypersthénisantes toutes les substances qui, étant introduites dans l'assimilation organique, changent tellement la manière d'être de l'organisme vivant que la force vitale s'élève au-dessus du type normal ou du degré où elle était.

Ces substances sont nommées communément stimulantes, excitantes; dénominations impropres, que nous avons dû abandonner. Leur signification, effectivement, est trop vague; car on peut, à la rigueur, appeler stimulus tout ce qui agit sur l'économie d'une manière quelconque; l'air, les aliments, la lumière, les sons, sont des stimulants; sont également des stimulants le sang, les autres humeurs animales, la pensée, la volonté, etc.; mais, de ce que l'air stimule, excite l'organe pulmonaire, la lumière ébranle la rétine, etc., la vitalité ne s'élève pas pour cela au-dessus du type normal; aussi ces sortes de stimulus ne peuvent-ils pas être regardés comme des agents hypersthénisants. Ils pourraient néanmoins le devenir lorsque leur action dépasse certaines limites. Les aliments, par exemple, s'ils étaient pris en trop grande quantité, ou bien si leur qualité sortait des conditions normales, pourraient non-seulement surexciter l'estomac, mais encore élever la force vitale de tout l'organisme au-dessus du degré normal; une lumière trop intense enflammer l'œil, produire de la douleur, etc. Dans ces cas l'aliment, la lumière, ne sont plus des stimulants simples, de simples corps excitants, ce sont des surexcitants, des surstimulants, des hypersthénisants.

Il y a donc une différence réelle entre les corps stimulants et les hypersthénisants : les premiers excitent l'organisme, mais leurs effets ne dépassent pas les limites de la santé; les seconds, au contraire, produisent des changements plus ou moins durables qui sortent de ces limites; ces changements consistent dans une augmentation de la force vitale.

J'ai à peine besoin de démontrer combien sont impropres quelques autres dénominations qu'on avait imaginées pour désigner ces sortes de remèdes, telles que celles d'échauffants, phlogistiques, etc. Il est clair que ces noms expriment plutôt un des effets secondaires de ces substances que leur véritable action.

Chez l'homme sain, l'action dynamique des substances hypersthénisantes ne peut se manifester autrement à nos yeux que par les modifications qu'elle imprime aux fonctions de l'organisme, car la vitalité, qui en éprouve la première les effets, n'étant qu'une force inhérente aux organes, ne peut nous faire voir ces effets d'une manière simple et isolée. C'est donc par les changements qui ont lieu dans les fonctions des organes que nous pouvons juger l'action des remèdes hypersthénisants. Il ne faut pas oublier, par conséquent, que ces changements fonctionnels sont des effets d'autres effets, et qu'ils peuvent être modifiés par des circonstances étrangères au remède.

Un homme sain qui prend par la bouche une dose modérée de substance hypersthénisante, comme de l'alcool par exemple, éprouve immédiatement sur la langue, au gosier, à l'œsophage et à l'estomac un sentiment de chaleur ou de brûlure plus ou moins intense selon le degré de pureté de la substance. Aussitôt après, cette sensation est remplacée dans la bouche par un sentiment de réfrigération. Ces deux premiers effets dépendent de l'action physico-chimique de l'alcool; le premier, de sa vertu cautérisante; le second, de sa prompte volatilisation. On sait que ce dernier phénomène ne peut avoir lieu sans la soustraction d'une certaine quantité de calorique des parties environnantes. Peu de temps après la substance entre en assimilation organique et donne lieu à une série de phénomènes généraux. Les sens externes s'aiguisent, les idées deviennent plus promptes, l'imagination plus vive et accompagnée d'un sentiment de bonheur et d'hilarité; les muscles volontaires plus énergiques, les mouvements plus faciles et accompagnés d'une sorte d'agitation, de besoin d'agir et de changement continuel. Le cœur bat avec plus de fréquence et de force; il envoie le sang avec plus d'impétuosité; en conséquence le pouls est plus fréquent, plus dur, plus fort, la peau plus rouge, plus chaude et sa transpiration plus abondante. La respiration est plus libre, plus fréquente; la digestion plus prompte, les sécrétions plus copieuses, en un mot toutes les fonctions sont élevées au-dessus du type ordinaire.

Ces phénomènes ont lieu si la quantité de substance hypersthénisante n'est pas excessive, et si l'individu était dans un état normal de santé : ils expriment un état d'exagération de la vigueur générale de l'organisme.

(1) Mot composé de *hyper* au-dessus, *sténos* force; c'est-à-dire qui élèvent la force vitale de l'organisme. (*N. du trad.*)

Si l'on continue cependant l'usage de la même substance, ou bien si sa dose est trop considérable, ou bien enfin s'il existe chez le sujet des conditions capables de lui en faire sentir très-vivement les effets, une autre série de phénomènes a lieu; ces phénomènes sont, en apparence, de nature opposée aux précédents. Les sens externes deviennent obtus, l'imagination est lente ou déréglée, les idées confuses. Le sujet offre de l'apathie, de la somnolence, une véritable stupeur; les muscles volontaires s'affaissent, leurs mouvements ne se font pas exactement selon les ordres de la volonté, ils sont vacillants, enfin, l'individu tombe dans l'immobilité presque complète. Le cours du sang est ralenti; et si le pouls continue à être fréquent il est petit, concentré, et quelquefois même imperceptible, à moins que les doigts qui l'explorent ne compriment fortement l'artère. La peau est tantôt violacée, tantôt d'une pâleur mortelle; sa température est basse, elle est sèche ou bien couverte de sueurs froides et parcellaires. La respiration est extrêmement oppressée, ou bien excessivement lente; la digestion suspendue ou dérangée, est accompagnée de vomissements; les sécrétions sont également suspendues ou bien accélérées, et donnent involontairement des matières très-élaborées et très-différentes de celles de l'état ordinaire; enfin le délire se déclare, le coma, le trismus, des symptômes tétaniques, et l'individu meurt apoplectique si la dose de l'alcool ou des autres substances hypersthénisantes est continuée à dose progressive.

A l'autopsie on trouve les membranes du cerveau et de la moelle épinière fort injectées de sang et presque turgescentes, la pulpe encéphalique et médullaire également injectée, les poumons aussi gorgés de sang; le cœur est de couleur plus foncée que d'ordinaire; la face interne de l'aorte et des autres vaisseaux, extraordinairement rouge; sont également rouges et gorgés de sang les autres tissus et organes de l'économie.

La première série de phénomènes indique, ainsi que nous l'avons dit, un état d'exaltation de la vigueur générale de l'organisme; la seconde, au contraire, un état de perte de vigueur par oppression. On peut appeler le premier état, hypersthénie simple, ou hypersthénie au premier degré; le second, hypersthénie exquise ou de degré supérieur. Je m'explique.

La vitalité inhérente à nos organes n'est pas la seule condition nécessaire à l'exacte exécution des fonctions de ces derniers. Pour bien fonctionner, chaque organe a besoin aussi de l'intégrité de son organisation matérielle et de l'intervention de certains stimulus. Ces dernières conditions sont fort variables; elles concourent cependant à un même but, à l'exécution normale de la fonction, tant qu'elles ne dépassent pas certaines limites. Au delà, elles peuvent nuire à la fonction; l'une gêne l'action de l'autre; leur effet est complexe et leur résultat est moindre. Il est facile de concevoir d'ailleurs qu'aucune comparaison ne saurait être établie entre les altérations de la vitalité et celles des fonctions; les premières, en effet, se rapportant à une force simple, ne sont susceptibles que de plus ou de moins d'élévation ou d'abaissement; les secondes, au contraire, se rapportant à des éléments divers, peuvent offrir des variabilités dans le degré et dans la qualité.

Les éléments dont chaque fonction se compose ne peuvent changer sans que son mode d'exécution et ses produits ne s'altèrent également, et dans la quantité et dans la qualité. Un crypte muqueux, par exemple, sécrète à l'état normal une quantité donnée de mucus; si sa force sécrétoire augmente, il donnera non-seulement une augmentation de mucus, mais encore ce dernier sera plus élaboré, plus âcre; ou bien la quantité de mucus sera moindre et sa qualité évidemment changée de nature.

J'ajouterai que l'énergie de la vitalité, lorsqu'elle est augmentée au delà de certaines limites, doit nécessairement étouffer, pour ainsi dire, les fonctions et les suspendre. La force ne peut exister sans l'intégrité de la santé, et c'est durant cette intégrité et ce degré normal de vigueur que les sécrétions sont au maximum. L'observation apprend que pour être parfaite, une fonction n'a besoin que d'un certain degré de vitalité. Ce degré n'est ni plus, ni moins que celui où les éléments organiques sont en parfaite harmonie entr'eux, se secourent réciproquement et concourent au même but, c'est-à-dire à l'entretien de la vie et de la santé normales. Si la force vitale s'écarte de ce degré en s'élevant ou en s'abaissant, l'équilibre est rompu, l'harmonie entre les éléments organiques n'existe plus, les fonctions sont dérangées, et elles peuvent l'être au point de devenir nulles; il suffit que le désordre ait lieu dans quelques éléments seulement pour qu'il se manifeste chez les autres qui dépendent de ces dernières.

Il est facile de constater la vérité des considérations précédentes en analysant les fonctions et les phases qu'elles subissent sous l'action graduée et croissante des substances hypersthénisantes. Prenons pour exemple la vue, l'imagination, la digestion.

Nous venons de voir qu'une petite action hypersthénisante rendait la vue plus aiguë, l'imagination plus vive, la digestion plus prompte. On conçoit que tant qu'elle est modérée, cette action érige la force vitale des organes, produit une sorte de tension dans leurs fibres, leur circulation intérieure est plus animée et leurs fonctions par conséquent plus actives; mais si l'action hypersthénisante devient majeure, la circulation acquiert une telle énergie

qu'elle détermine des congestions; alors la tension, l'érétisme des tissus organiques sont tels qu'ils ne peuvent se mouvoir librement; de là, l'oppression, la gêne, la lenteur, l'imperfection de la fonction. L'œil, injecté de sang, ne voit que confusément ou pas du tout; le cerveau, congestionné, turgescent par la présence du sang, occasionne le délire, la stupéfaction, le coma; l'estomac, dont les parois sont grossies et enflammées, ne peut se contracter librement, aussi la digestion est-elle pervertie ou arrêtée. Et pourtant la vitalité est augmentée dans chacun de ces organes, comme dans le reste de l'économie; leur masse est aussi augmentée par suite de l'excès de stimulus.

C'est précisément cet excès d'activité et de masse qui enchaîne, pour ainsi dire, les instruments et les rend inertes. Un individu qui se trouve sous l'influence d'une hypersthénie excessive peut être comparé à un autre bien portant dont le corps est fortement lié de tous côtés; fût-il un hercule, il ne pourrait se mouvoir. Dans l'hypersthénie les forces ne manquent point; elles sont seulement opprimées, empêchées d'agir; elles sont prêtes à montrer leurs effets aussitôt qu'elles auront été rendues libres par l'enlèvement de l'excès.

Il résulte de ce qui précède :

1° Qu'il y a une grande différence entre la faiblesse vitale ou asthénie véritable, et la faiblesse des fonctions (prostration, langueur apparente).

2° Que l'hypersthénie peut et doit, lorsqu'elle est excessive, être accompagnée de faiblesse fonctionnelle apparente. Je dis *apparente*, car elle n'a rien de réel, et dépend plutôt d'une sorte d'oppression du principe vital par excès de stimulus; c'est, en d'autres termes, une faiblesse secondaire par obstacle à la manifestation des actes de la vie, et non une faiblesse par épuisement de l'excitabilité, ainsi que Brown le prétendait. Personne ne saurait, je crois, soutenir raisonnablement aujourd'hui l'idée de la faiblesse dite *indirecte* par cet auteur, ni le conseil qu'il a donné pour la combattre, c'est-à-dire d'administrer beaucoup d'alcool ou de vin à un homme affaibli par excès d'alcool ou de vin.

Les effets sensibles des substances hypersthénisantes peuvent varier non-seulement selon le degré et la continuation de leur action, mais aussi par l'intervention de certaines circonstances dans lesquelles se trouvent les individus qui en font usage.

Sous ce rapport on doit d'abord prendre en considération l'âge du sujet. Dans l'enfance, dans l'adolescence, la sensibilité est fort exquise, la vie est en quelque sorte en excès, et se manifeste dans le développement des organes; aussi l'action des substances hypersthénisantes est-elle plus vivement sentie à cet âge qu'après l'époque de la puberté où les organes sont complétement développés, et la vitalité équilibrée en quelque sorte. Dans la vieillesse, au contraire, l'organisation devient de plus en plus pauvre, la vitalité est en décroissance, les stimulus sont moins vivement sentis; aussi les vieillards tolèrent-ils à merveille de très-fortes doses de substances hypersthénisantes.

Vient ensuite le sexe. Nul doute que l'action des agents stimulants ne soit plus vivement sentie par la femme que par l'homme. La mollesse d'organisation de la femme, la sensibilité fort exquise qui lui est naturelle, le genre de vie tranquille et ménagée qu'elle mène dans nos sociétés, et par conséquent le peu de dépenses qu'elle fait habituellement de ses forces physiques et morales, la prédisposent à sentir plus vivement que l'homme l'impression des substances stimulantes.

Le tempérament se présente en troisième ligne. Il y a des tempéraments qu'une légère stimulation ébranle; il y en a d'autres qui sentent légèrement et tolèrent singulièrement l'action des stimulus. Aussi de très-fortes doses produisent à peine chez ces derniers le même degré d'action qu'une faible quantité chez les premiers. Il est prouvé aussi, d'autre part, que la stature est aussi pour quelque chose dans cette sensibilité. Les individus de stature moyenne et de forme carrée, surtout s'ils ont de l'embonpoint, supportent mieux, en général, les substances hypersthénisantes que ceux de haute stature et qui sont grêles.

La condition, le genre de vie, de profession, etc., entrent aussi dans la catégorie des circonstances qui rendent plus ou moins sensible l'action des stimulus. On n'ignore pas, par exemple, que les personnes qui mènent une vie sédentaire, oisive, tolèrent peu les substances hypersthénisantes; le contraire a lieu chez les hommes actifs et laborieux. On a observé que la tolérance en question est plus grande chez les célibataires que chez les personnes mariées; chez les personnes gaies et heureuses que chez celles qui éprouvent des chagrins ou qui sont hypochondriaques.

En cinquième lieu se présente le climat. Il est notoire que dans les pays froids, dans les lieux bas, dans les régions où la vie est en lutte incessante avec les éléments, les habitants ont besoin de suppléer, à l'aide de stimulants artificiels, aux pertes incessantes qu'ils font par l'action du climat. Aussi les mêmes doses de substances hypersthénisantes y ont-elles une action beaucoup moins prononcée que dans les climats chauds où la somme des stimulants naturels est beaucoup plus grande. Dans ces derniers climats, les agents hypersthénisants opèrent avec une très-grande puissance. Bien que dans les climats chauds on fasse impunément usage de substances fort stimulantes, il ne faut pas oublier que la force

de l'habitude peut jusqu'à un certain point combattre celle de l'influence du climat.

La force d'habitude est, sans contredit, un moyen extrêmement énergique pour modifier l'action des agents hypersthénisants. A mesure qu'elle est répétée, l'action s'énerve, est moins sentie, et finit par devenir indifférente. Aussi voyons-nous des hommes être parvenus, petit à petit, à prendre impunément des doses effrayantes de substances hypersthénisantes.

Il ne faut pas oublier néanmoins, que dans certains cas la répétition fréquente de ces substances finit par produire des désordres sérieux. Il arrive quelquefois que si la dose ordinaire, qui était auparavant si bien tolérée, est légèrement augmentée, on obtient des effets d'une grande violence. D'autres fois l'organisme acquiert à la longue une telle susceptibilité, que non-seulement les doses ordinaires ne sont plus tolérées, mais qu'il suffit d'une faible quantité pour occasionner des effets fort violents. D'où il faudrait conclure, ou que l'habitude peut produire des effets diamétralement contraires, ou que la constitution ne s'habitue pas toujours à l'action répétée de certains stimulus. Examinons cette question :

Si la seconde application d'une substance hypersthénisante a lieu avant que l'action de la première ait cessé; que la troisième, la quatrième, la cinquième, etc., se succèdent de la même manière, il est évident que l'individu qui se soumet à cette épreuve doit tomber victime de son intempérance; et s'il résiste, il finira par mettre son organisme dans une sorte d'éréthisme continuel qui se changera en seconde nature. C'est ainsi, à ce que je crois, que les ivrognes parviennent à supporter impunément des doses énormes d'alcool, et les Orientaux des quantités effrayantes d'opium. Chez eux l'ivresse est incessante, l'hypersthénie est devenue habituelle, une sorte d'équilibre artificiel ou bâtard s'est constitué dans l'organisme entre la réaction vitale et la stimulation. De là résulte que si ces individus manquent de leur stimulus ordinaire, l'équilibre est rompu, ils sont faibles et tombent épuisés.

Si, au contraire, la répétition de la substance hypersthénisante a lieu de temps en temps, et alors que l'action de la précédente a cessé complétement, chaque répétition produit une secousse nouvelle dans l'organisme. Plus, par conséquent, ces secousses sont répétées, plus la fibre vivante est ébranlée et devient susceptible à ressentir les nouvelles impressions hypersthénisantes. De là résulte qu'avec le temps les mêmes doses produisent des effets de plus en plus énergiques, et que des doses beaucoup moindres occasionnent le même degré d'action qu'autrefois les fortes. C'est ce que nous voyons souvent arriver aux personnes qui ne se livrent à l'ivrognerie que de temps en temps. Une époque arrive où elles ne peuvent plus en soutenir les effets; elles en éprouvent alors des désordres sérieux.

La différence entre les deux états précédents paraît donc consister en ceci : dans le premier cas l'organisme n'éprouve qu'une seule secousse continue; dans le second, les secousses sont répétées. Dans le premier cas il y a habitude; dans le second, il n'y en a pas. C'est donc avec raison que, dans l'emploi des substances hypersthénisantes, les praticiens ont soin de prévenir l'habitude en en suspendant, en en interrompant l'usage, alors qu'on ne peut ou qu'on ne veut pas en augmenter continuellement les doses.

Examinons à présent l'action des remèdes hypersthénisants chez l'homme malade.

On concevra sans peine que les effets sensibles des substances hypersthénisantes doivent varier davantage chez l'homme malade, et que cette variabilité doit être en raison des conditions particulières de l'organisme. Indépendamment, en effet, des conditions de variabilité que nous venons d'étudier chez l'homme sain, il peut y avoir chez l'homme malade un état d'asthénie, par exemple. Il est clair que la substance ne pourrait produire les effets d'excitation dont nous avons parlé avant d'avoir combattu et dissipé les phénomènes préexistants de faiblesse. Une partie de l'action hypersthénisante est donc, dans ce cas, employée à détruire la faiblesse préexistante; et cette partie d'action est d'autant plus forte que l'asthénie est considérable.

De là résulte qu'au lieu de surexciter, le médicament est épuisé en quelque sorte dans cette espèce d'élévation de la vitalité vers son type normal. C'est en cela que consiste le principe de la tolérance merveilleuse que nous trouvons constamment pour des doses prodigieuses de médicaments chez certains malades; doses qui, chez l'homme sain, produiraient inévitablement des désordres sérieux ou même la mort.

Ce principe constitue la grande loi découverte par Rasori sur la capacité de l'organisme pour les remèdes, loi qui fait la gloire de la médecine italienne, et sur laquelle un médecin dont le nom fait autorité en France, a dit il y a longtemps : « Qu'elle fera époque d'une manière brillante dans l'histoire de la médecine, et sera considérée comme une des plus belles découvertes dans le domaine des sciences médicales (1). »

La loi dont je parle n'a pas été adoptée cependant par tous les médecins. On lui a opposé les variabilités de l'idiosyncrasie des tempéraments, et autres circonstances qui doivent faire diversifier à l'infini la tolérance pour les remèdes.

---

(1) Bally, Rev. méd., 1825.

On n'a pas réfléchi que ces variations ne peuvent rien changer au principe en lui-même. En supposant qu'elles empêchent de mesurer avec une exactitude numérique la tolérance pour les remèdes hypersthénisants dans un degré quelconque d'asthénie, on peut toujours agir sûrement toutes les fois qu'on peut tenir compte des changements qui peuvent être apportés par les circonstances de l'idiosyncrasie, du tempérament, etc. Quel est, d'ailleurs, le médecin philosophe qui peut jamais perdre de vue ces circonstances? Quel est le cas dans lequel on peut se dispenser de tenir compte de leur influence?

Il découle, en attendant, de la même loi, le précepte pratique d'employer des remèdes hypersthénisants d'autant plus forts, et à des doses d'autant plus élevées que l'asthénie est profonde.

Comment se fait-il donc que les praticiens recommandent le contraire à cet égard? Ils vous prescrivent, en effet, dans les cas d'asthénie profonde, d'être très-circonspect sur l'emploi des remèdes hypersthénisants, et de ne donner que des doses fort légères; car, disent-ils, la sensibilité exquise du malade, causée par la faiblesse, rend fatales les stimulations violentes. La source de cette contradiction est évidente; ces praticiens prenaient la faiblesse apparente pour une véritable asthénie; il suffit, en effet, d'examiner les cas dans lesquels ils agissaient pour comprendre leur erreur. Leur erreur tenait aussi à un faux principe; ils supposaient qu'il y avait dans l'organisation antagonisme entre la sensibilité et la force, et que par conséquent, lorsque cette dernière était en défaut, la sensibilité prenait le dessus. Nous reviendrons sur ce sujet.

Nous tenons donc comme un principe thérapeutique incontestable, que la force et la quantité des substances hypersthénisantes doivent être généralement proportionnées au degré d'asthénie qu'on veut combattre. Nous disons *généralement*, car il y a des cas exceptionnels que nous indiquerons en temps et lieu, et dans lesquels on doit commencer par des doses minimes; je citerai comme exemple, pour le moment, certaines affections de l'estomac. Comme les remèdes s'administrent ordinairement par la bouche, et que l'estomac doit soutenir le travail de leur digestion, l'état d'asthénie de ce viscère peut être tel qu'il ne soit pas capable de digérer le médicament, surtout si ce dernier n'était pas très-assimilable. Aussi ne doit-on pas donner d'un seul coup, par exemple, à un individu exténué par le jeûne, toute la quantité d'aliments et de remèdes hypersthénisants dont son organisation a besoin; on va petit à petit, selon les forces de l'estomac, etc.

On aurait cependant mal saisi ce que je viens de dire, si on s'imaginait que je conseille d'assommer à coups d'hypersthénisants héroïques les malades atteints d'asthénie profonde. La prudence que nous avons tant recommandée dans les pages précédentes, veut qu'on commence toujours par des doses modérées, et qu'on ne les augmente qu'après avoir bien exploré par les premières prises le degré de tolérance du malade, degré qu'on ne peut toujours mesurer *à priori*, pas plus que le degré lui-même d'hyposthénie qu'on veut combattre. Aussitôt cependant que l'observation attentive du malade nous assure de la tolérance pour une dose donnée de remède hypersthénisant, la loi rasorienne nous autorise et nous prescrit de ne pas nous arrêter à cette dose, et de l'élever au contraire au degré que la maladie exige et que la susceptibilité du sujet permet.

Cela posé, il est facile de comprendre que dans les affections asthéniques les effets des remèdes hypersthénisants peuvent être négatifs jusqu'à ce que la condition de faiblesse en soit détruite. Si l'asthénie est accompagnée de lenteur, petitesse ou irrégularité dans le pouls, le remède hypersthénisant se borne d'abord à changer cet état, à élever le pouls à son rythme et à son énergie naturels, et ce n'est qu'après cette action que la continuation du médicament commence à manifester ses effets positifs, savoir:

1° Qu'il rend le pouls fort, vibrant et fréquent.

2° Que les sécrétions, si elles étaient affaiblies ou suspendues, se raniment; et si elles étaient trop abondantes, se modèrent.

3° Que l'état du cerveau, qu'il consistât, soit dans une sorte de stupeur par effet de l'asthénie soit dans une sorte de veille continue, se dissipe sous l'action hypersthénisante; c'est-à-dire que le malade cesse d'être assoupi dans le premier cas, commence à dormir dans le second. En un mot, les effets du remède hypersthénisant seront variables selon les phénomènes particuliers dont l'asthénie s'accompagne. Nous aurons plus loin l'occasion de développer davantage ces dernières propositions.

Ajoutons, en attendant, que dans l'état morbide opposé, c'est-à-dire dans l'hypérémie, l'action des remèdes hypersthénisants offre naturellement des phénomènes précisément contraires aux précédents; c'est-à-dire que, quelque petite qu'elle soit, chaque dose du médicament produit des effets immédiats d'excitation. Ces effets cependant varient eux-mêmes selon que l'hypersthénie morbide est simple ou exquise; je m'explique.

Dans l'hypersthénie simple, je veux dire accompagnée de l'exaltation d'un certain nombre de fonctions seulement, le remède hypersthénisant les élève davantage et les jette ensuite dans un état d'oppression, ainsi que nous l'avons expliqué plus loin. Cet état d'oppression constitue ce que j'appelle l'hypersthénie exquise. Si le remède en question est donné durant cette dernière condition, l'oppression augmente, le pouls devient plus contracté, petit, à peine perceptible; les muscles restent immobiles et n'o-

béissent plus à la volonté; s'il y avait délire, il augmente; de même que la stupeur, le froid, etc.; en un mot, il se déclare des phénomènes manifestes d'intolérance.

Dans cette intolérance pour les remèdes hypersthénisants, le praticien trouvera un signe univoque de la nature hypérémique de la condition pathologique, et par conséquent de la contre-indication du médicament. Il n'est pas rare cependant de rencontrer dans la pratique des cas obscurs où les phénomènes d'hypersthénie exquise ou de vitalité oppressée pourraient être confondus avec ceux de l'asthénie véritable. Dans ces circonstances, il est de la plus haute importance de tenir compte de l'intolérance dont nous venons de parler. Cette circonstance faisant de suite desiller les yeux et reconnaître l'erreur du diagnostic, nous met à même de changer immédiatement de traitement. Il y a des praticiens cependant dont les idées sur la nature des maladies sont tellement préconçues, qu'aussitôt arrivés auprès du malade ils prescrivent nettement les remèdes hypersthénisants, pour peu qu'il y ait prostration apparente : si après les premières doses ils voient les symptômes s'aggraver, la stupeur et la langueur apparente s'accroître, le pouls devenir de plus en plus imperceptible; ils ne s'arrêtent point, ils redoublent leurs doses malgré l'intolérance et croient assommer le mal, tandis qu'ils assomment le malade.

Dans les maladies asthéniques elles-mêmes où les remèdes hypersthénisants sont indiqués, il peut, par leur usage immodéré, survenir des accidents dangereux. Cela a lieu lorsque les doses sont excessives par rapport à l'intensité de la maladie, ou qu'on en continue l'usage après que l'état d'asthénie a été dissipé. Les données du *criterium* de cet excès d'action nous sont fournies principalement par l'estomac, l'encéphale et le cœur, à l'aide des phénomènes particuliers qu'ils présentent. L'estomac manifeste son intolérance pour les remèdes hypersthénisants par un sentiment d'ardeur, de chaleur incommode, de douleur et des vomissements. L'encéphale, par de la céphalalgie, la pesanteur, l'insomnie ou l'assoupissement, des vertiges, une sorte d'ivresse, le délire instantané ou l'augmentation de ce dernier s'il existait déjà. Le cœur enfin, par les vibrations violentes et fréquentes du pouls, ou la petitesse progressive de ce dernier si l'hypersthénie est trop considérable.

Si la dose du remède hypersthénisant est excessive, c'est-à-dire supérieure à la capacité morbide de l'organisme, il est clair qu'on produira des phénomènes morbides appartenant uniquement à l'excès d'action du médicament. Dans ce cas, il se peut que le malade persiste dans l'état de faiblesse. Aussi est-il de la plus haute importance de prendre pour règle de conduite dans l'administration des doses, le degré de tolérance, et de procéder graduellement.

Si le traitement par les moyens hypersthénisants a déjà été suivi pendant quelque temps, l'état d'asthénie a pu être dissipé; le praticien devra voir si les nouveaux symptômes ne tiennent pas plutôt à l'usage trop prolongé de la médication. Il est prudent, dans ce cas, de s'en assurer en suspendant pendant quelque temps l'usage du remède; et si les symptômes de surexcitation paraissent positifs, il faut employer quelques légers médicaments affaiblissants.

En général, les maladies sont combattues bien avant que la santé ne soit complétement remise. Aussitôt que le degré culminant ou l'état d'une maladie est combattu, le rétablissement des fonctions et les changements qu'on appelle crises, s'en suivent de nécessité; alors les remèdes ne servent plus à rien, ils ne peuvent que nuire. De là le précepte important de laisser dans ces moments opérer la nature. Je ne sais jusqu'à quel point ce précepte est généralement observé dans la pratique; je ne puis cependant m'empêcher de dire que souvent on prolonge trop longtemps l'usage des médications énergiques, soit hypersthéniques, soit affaiblissantes, et qu'on empêche ainsi le prompt retour de la santé. Il arrive parfois, dans ces entrefaites, qu'un autre médecin appelé usurpe à son avantage tout le mérite de la cure que le premier a réellement produite, et qu'il a laissé échapper par trop de zèle.

Dans les cas douteux enfin de maladies présumées asthéniques, le praticien ne devra employer les remèdes hypersthénisants qu'à petites doses, et observer attentivement le degré de tolérance. Si ce degré est nul, s'il y a intolérance, il conclura qu'il y a erreur dans le diagnostic, et il prescrira des remèdes de nature opposée.

Les remèdes hypersthénisants sont, ainsi que nous l'avons dit, susceptibles de différentes divisions et subdivisions.

Considérés sous le rapport de leur énergie, ils sont, les uns très-puissants, les autres moins, d'autres moins encore (très-puissants, forts, modérés).

Sous le point de vue de leur promptitude d'assimilation, ils offrent aussi des variétés importantes. Les uns passent très-promptement dans l'assimilation organique, et cette assimilation s'accomplit très-rapidement; aussi leurs effets sont presqu'instantanés, mais fugaces ou peu durables; les autres, au contraire, exigent un certain travail et du temps avant d'entrer complétement en assimilation; aussi leurs effets sont-ils lents et plus durables. Les premiers ont été appelés hypersthénisants diffusibles, les seconds hypersthénisants permanents.

Sous le point de vue enfin de la manifestation spéciale de leur action dans telle ou telle partie du système organique, les remèdes en question présen-

tent des différences plus importantes encore. J'ai déjà développé cette idée dans les prolégomènes ; je rappellerai seulement un fait capital. Quand on administre une substance hypersthénisante, toute la constitution, toutes les fibres de l'organisme en ressentent les effets ; mais ces mêmes effets se manifestent d'une manière plus prononcée ou plus promptement dans tel ou tel organe ou système d'organes, selon l'espèce particulière de substance. Cette condition, ou plutôt ce fait constant, sert de base à notre classification. Nous connaissons, d'après cette manière de voir, cinq ordres de remèdes hypersthénisants :

1° Les cardiaco-vasculaires, c'est-à-dire dont l'action principale porte sur le cœur et le système angéiologique. De ce nombre sont l'ammoniac et les préparations ammoniacales.

2° Les vásculo-cardiaques ; savoir, dont l'action principale se déclare dans le système angéiologique ; tels sont les éthers, la liqueur d'Hoffmann, etc.

3° Les céphaliques (opium, morphine, narcotine).

4° Les rachidiens (alcool, rhum, vin, etc.).

5° Les gastro-entériques (huiles essentielles, cannelle, girofle, noix muscade, etc.)

Dans l'état actuel de la science je n'ai pas cru pouvoir multiplier davantage ces catégories ni le nombre des substances qu'elles comprennent. On conviendra sans peine cependant que ces chiffres se prêtent sans inconvénient à des changements par l'avancement des lumières.

Je ne dois pas clore ces généralités sans dire quelques mots sur les véritables indications des remèdes hypersthénisants.

Toute maladie dont le fond est de nature asthénique réclame l'usage de ces remèdes. On se tromperait cependant si l'on croyait que tout médicament hypersthénisant convient indistinctement dans toute maladie de faiblesse. Le degré d'asthénie n'étant pas le même dans toutes les affections de ce genre, le degré d'action des médicaments eux-mêmes étant également variable dans les différentes substances, on conçoit sans peine la nécessité et l'importance de choisir dans la classe de ces substances celles dont l'énergie peut approximativement répondre au degré d'asthénie qu'on veut combattre. D'autre part, la déclaration et la marche de l'asthénie étant elles-mêmes plus ou moins subites et dangereuses, obstinées ou rebelles, elle peut réclamer l'usage des hypersthénisants diffusifs ou bien permanents. Enfin l'asthénie peut se déclarer de préférence dans un organe plutôt que dans un autre, menacer plus particulièrement tel appareil organique que tel autre. Il y a, par conséquent, convenance de choisir parmi les substances hyposthénisantes celles dont l'action élective paraît le plus répondre à cette indication. Sur ce dernier point, du reste, nous nous expliquerons plus longuement ailleurs.

Les maladies dites à fond mécanique, ou dont la condition pathologique est de nature mécanique, et qui sont accompagnées de symptômes de véritable asthénie, réclament aussi l'usage des remèdes hypersthénisants. Il est vrai de dire que ces remèdes ne guérissent pas la maladie, car ils ne peuvent détruire la cause matérielle ; mais ils soulagent toujours le malade, relèvent les forces et mettent l'organisme en état de lutter contre le fond de l'affection. Ce sont, en d'autres termes, des moyens palliatifs fort utiles. Le médecin, par conséquent, ne doit pas dans ces cas se promettre de leur usage plus qu'ils ne peuvent produire. Il ne doit pas oublier néanmoins qu'en pareille occurrence la condition pathologique, ou la diathèse, comme on dit, peut changer de nature, soit par l'action prolongée des médicaments, soit par d'autres circonstances. La vitalité peut se relever, passer du degré d'asthénie au type normal, puis dépasser ce dernier terme et donner lieu à des symptômes d'hypérémie. Il va sans dire qu'aussitôt que des phénomènes d'intolérance se manifestent pour les médicaments hypersthénisants, le médecin doit changer de méthode.

Il y a des praticiens qui emploient les médicaments hypersthénisants dans le traitement de maladies à fond hypérémique. Il est incontestable, en effet, que des maladies inflammatoires, par exemple, ont été guéries à l'aide de ces moyens. On s'appuie même sur ces faits pour dire que dans quelques cas de cette nature le fond est plutôt asthénique qu'hypérémique. Cette question, nous la discuterons ailleurs, nous ne pouvons, en attendant, nous empêcher de faire les remarques suivantes :

1° L'usage des remèdes hypersthénisants est manifestement nuisible dans les maladies inflammatoires ou dont le fond est hypérémique.

2° Dans quelques cas de cette espèce, où ces remèdes semblent avoir été utiles, leur utilité n'est qu'apparente ; ils ont été nuisibles au fond. Cela a lieu alors qu'on parvient, à l'aide de ces médicaments, à étouffer quelques symptômes qui étaient fort incommodes pour le malade ; on n'a pas pour cela changé le fond de l'affection. Il ne faut pas oublier, du reste, que certaines maladies guérissent malgré leur mauvais traitement.

3° Il arrive néanmoins dans quelques cas que les remèdes hypersthénisants sont réellement utiles dans les maladies hypérémiques ou phlogistiques. Expliquons-nous sur ce point.

Il n'y a pas de médecin qui n'ait été témoin d'une certaine pratique vulgaire qui consiste à attaquer la fièvre, la toux, le rhume, l'angine, à l'aide d'abondantes libations de vin aromatique chaud, dans le but de faire suer. A la suite de cette pratique les

malades sont restés une nuit entière ou davantage assoupis, ont éprouvé d'abondantes sueurs ou des évacuations d'autre nature, puis, l'ébriété et l'orage se sont dissipés et les malades se sont sentis soulagés ou même guéris. Cette audacieuse conduite, si elle a réussi à quelques malades, chez d'autres elle a augmenté le mal et causé des accidents formidables : toutes les constitutions, en effet, ne résistent pas à un jeu de cette nature. Des torrents de sueur, comme à la suite des grands efforts musculaires, des pertes considérables de mucus animal, la suspension momentanée de quelque importante fonction, par suite de l'état de stupeur, etc., ne sont-elles pas suffisantes pour compenser les effets de l'hypersthénie préexistante? Elle est bien puissante cette force médicatrice, pour surmonter à la fois les effets de la maladie et de nos sottises! Sans doute que si vous grossissez la masse du sang d'un animal moyennant l'injection d'une certaine quantité de ce liquide dans les veines, il peut survivre et même guérir d'un pareil excès à l'aide d'hémorrhagies spontanées; mais pouvez-vous prévoir si ces pertes auront toujours lieu, et par quelles voies elles se déclareront?

Si vous affaiblissez un animal par des saignées répétées, il pourra probablement se remettre petit à petit, remplacer les pertes par les seules forces de la nature et guérir; mais au delà de certaines limites, les seules forces de la nature sont insuffisantes, et la mort est inévitable. On peut donc dire, en thèse générale, que les maladies hypérémiques peuvent guérir spontanément et par les seules forces de l'organisme, mais qu'il n'en est pas de même de celles dont le fond est asthénique. Ici l'intervention des remèdes est donc indispensable; si la force vitale n'est point relevée l'organisme succombe; dans le premier cas, au contraire, la nature peut se débarrasser elle-même de l'excès et remplacer les moyens de l'art par des évacuations spontanées; mais quel est le médecin prudent qui oserait conseiller une pratique aussi hasardée?

Les chirurgiens ont pour pratique d'employer dans quelques cas d'inflammation externe, lente et opiniâtre, des remèdes hypersthénisants dans le but de la raviver, et chercher ensuite à la faire terminer par la résolution; il est connu, en effet, qu'une inflammation parcourt d'autant plus promptement ses périodes qu'elle est aiguë. Cette pratique ne saurait être blâmée alors que la phlogose se trouve dans des lieux et des circonstances telles qu'il n'y a pas de danger de l'exaspérer.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — Mars 1839.

—

VARIÉTÉS.

—

Recherches sur le sang des scrofuleux; par FRÉDÉRIC DUBOIS (d'Amiens).

Avant d'entrer en matière nous éprouvons le besoin de faire en quelque sorte certaines réserves, afin qu'on ne se méprenne pas sur les résultats que nous avons entendu obtenir; ceci est d'autant plus nécessaire, qu'à l'aide de certaines interprétations, trop souvent on fait dire à un expérimentateur beaucoup plus et même toute autre chose qu'il n'avait voulu exprimer. Nous commencerons donc par poser en principe que dans toutes ces recherches nous avons entendu trouver, ou du moins regardé comme possible de trouver, non pas des *maladies* du sang, des maladies à proprement parler, mais bien de simples altérations dans la composition, dans la constitution de ce fluide.

Dans l'état actuel des connaissances médicales ce serait véritablement se fourvoyer que de s'attendre à trouver dans les liquides de l'économie, des *individualités* morbides, des maladies. Ce sont des altérations plus ou moins formelles, plus ou moins complexes qu'on devra y trouver; altérations qu'on pourra faire rentrer sans doute et à titre d'*éléments* dans l'histoire des affections morbides, mais qui ne sauraient constituer de véritables maladies.

Cette remarque sur l'esprit général de nos recherches nous paraît importante, c'est un point de départ sur lequel il était bon d'abord de s'entendre; des savants du plus grand mérite sont peut-être entrés dans une voie fâcheuse par cela même qu'ils avaient admis d'autres principes.

Il n'y a pas longtemps qu'un *solidisme* exclusif avait fait refuser aux liquides sans en excepter le sang *toute espèce* de vitalité; depuis on est revenu sur cette prétention; on a été plus loin : partout où on a vu les fluides se *globuliser* on a voulu trouver en eux de véritables *organes*; de telle sorte que chaque globule sanguin a fini par être considéré comme *un* organe distinct.

C'était déjà beaucoup sans doute, peut-être n'était-ce pas trop : les globules ainsi considérés n'en concouraient pas moins aux grandes fonctions de l'économie.

Mais en Allemagne, Dœllinger s'en vint soutenir que les globules sont indépendants du cœur, quant à tous leurs mouvements, qu'ils se meuvent par un fait de pure spontanéité; que ce sont autant de *petits êtres*, ayant en eux quelque chose d'individuel; Kaltenbrunner partage les mêmes idées, il attribue aux globules sanguins une mobilité *innée* : voilà pour l'état prétendu physiologique; mais M. Magen-

die par ses belles recherches n'a pas peu contribué à faire tomber toutes ces erreurs en indiquant les illusions qui les avaient fait naître.

En France, M. Turpin professe que chaque globule est un corps organisé distinct, ayant son centre d'absorption, d'assimilation et d'accroissement, que le sang renferme ainsi une véritable *population* composée d'un grand nombre d'individus *distincts*, ayant leurs *albinos*, leurs *monstres*, leurs *malades* et leurs *cadavres*. Ce sont ses expressions.

Si l'on en croit ce savant, des observations très-judicieuses prouveraient que dans certains cas il y a des *épidémies meurtrières* chez les globules.

Ces idées devaient assurément nous paraître fort étranges; il faut dire qu'elles ont été plutôt du goût des naturalistes que des médecins.

Ces naturalistes, généralisant leurs idées, ont été jusqu'à considérer l'homme, non plus comme un individu simple, mais comme une agglomération d'un nombre considérable d'individus *fixes* ou *mobiles;* fixes, en tant qu'ils composent les solides de l'économie; mobiles, en tant qu'ils sont errants, qu'ils circulent dans l'épaisseur des tissus.

Mais avant d'arriver à cette singulière généralisation de faits physiologiques et de faits pathologiques, généralisations qui ne tendraient à rien moins qu'à nous *désindividualiser*, qu'à nous faire perdre tout caractère *d'unité*, il aurait fallu préalablement indiquer par des faits bien positifs, que les globules fixes ou mobiles qui entrent dans la composition de nos organes ont une vie *propre* et non une *part* de vie, qu'ils vivent par eux-mêmes, pour eux-mêmes, et non par *emprunt* et pour fonctionner dans un but *unitaire*.

Or, jusqu'à présent, on n'a guère pu reconnaître des caractères de vie individuelle que dans les animalcules spermatiques, qui ont des manifestations d'existence propre, même en dehors de nous, qui s'agitent, ont des mouvements de locomotion, s'affaiblissent, meurent, et toujours *individuellement*.

Les globules sanguins, si souvent examinés par les observateurs, n'ont offert, que nous sachions, aucune manifestation de cet ordre; ils n'ont d'autres mouvements que ceux qui leur sont communiqués; que si on voulait se retrancher dans ce fait qu'il y aurait dans chacun d'eux un travail d'absorption et d'élimination, c'est-à-dire un apport et un rejet d'atomes constituants, nous dirions que ceci n'est pas même prouvé; puisque, d'après M. Raspail, chacun de ces globules pourrait être considéré comme un simple précipité d'albumine, et le prétendu noyau central ne serait que l'effet de la dissolution successive des diverses couches des globules albumineux.

Ce fait ne serait pas moins contestable, en adoptant l'opinion émise tout récemment par M. Askerson, et reproduite par M. de Humboldt, savoir : que les globules sanguins ne seraient que des cellules albumineuses remplies de graisse liquide. C'est donc beaucoup leur accorder que de les faire participer à la vie *commune*. Quant aux globules fixes, si tant est que nos solides soient réellement constitués par des particules globulisées, ils participent aussi, bien entendu, à la vie générale, et concourent par cela même à son entretien; mais de là à une vie individuelle, il y a une distance infranchissable.

En voici assez sur la question physiologique; on voit maintenant quel est notre point de départ; n'admettant pas dans les globules des individualités physiologiques, nous ne pourrons admettre des individualités morbides, c'est-à-dire des maladies.

Mais même en se bornant à constater les altérations que peuvent offrir les globules et les autres parties constituantes du sang, le champ de recherches est encore assez vaste, surtout si on choisit de préférence ces états morbides désignés par les pathologistes sous le nom de *cachexies*.

Avant même de nous livrer à nos recherches, nous devions supposer que les altérations du sang en général et plus particulièrement des globules, devaient surtout exister dans les maladies qui intéressent l'économie entière, qui n'épargnent pas plus les liquides que les solides, soit que ces maladies se montrent tout d'abord avec des caractères de généralité, soit que ce fait s'établisse consécutivement. Il nous paraissait en outre très-probable que les altérations du sang seraient plus évidentes dans les maladies dont les progrès deviennent de plus en plus généraux et graves, de telle sorte qu'il en résulte ces états dont nous parlions tout à l'heure, c'est-à-dire des états *cachectiques*. Les altérations, suivant nos prévisions devaient plutôt se montrer alors que dans ces troubles aigus, inopinés, qui ne donnent pas le temps, pour ainsi dire, à toutes les particules organiques de s'altérer notablement dans leur structure.

C'est pour cela que nous avons choisi de préférence pour sujet de nos recherches la CACHEXIE SCROFULEUSE.

Dans le courant d'avril 1838, nous avons entrepris ces premières expériences sur le sang de quelques jeunes garçons pris dans le service de M. A. C. Baudelocque; au milieu de l'été, nous les avons reprises sur le sang de plusieurs adultes du service de M. Velpeau, et tout récemment enfin nous les avons continuées sur le sang de quelques jeunes filles du service encore de M. Baudelocque.

Les antécédents relatifs aux premiers malades nous avaient été transmis par M. Degat, interne de l'hôpital des enfants : l'un d'eux soumis le 14 avril, à l'usage de l'oxyde d'or, était un jeune garçon âgé de dix ans, brun, coloré, d'un embonpoint médio-

cre, sans bouffissure. Il était entré une première fois à l'hôpital (service des Scrofuleux) en février 1831 pour une affection scrophuleuse du poignet droit; depuis cette époque il avait constamment offert des lésions de la même nature, soit au bord externe du pied gauche, soit à la face postérieure de l'avant-bras du même côté. Ce qui avait motivé sa dernière entrée était une recrudescence dans les mêmes accidents; le poignet tuméfié et difforme par le gonflement des os du carpe était criblé de fistules anciennes et récentes.

Un autre, Alphonse Surenne, âgé de 8 ans, était entré dans le service des Scrofuleux, le 2 janvier 1837, pour une carie scrofuleuse des os du carpe de chaque main. Le 30 avril 1838, par suite d'une ponction faite à l'aide d'un bistouri à la paume de la main droite, une artériole ayant été ouverte, il s'en échappa du sang en abondance et par jets saccadés; en usant de quelques précautions ont put recueillir du sang artériel sans mélange de sang veineux; ce sang m'a été remis et j'ai pu l'examiner au microscope.

J'avais fait prendre aussi du sang chez un enfant de dix ans d'une constitution très-faible, débile; les désordres scrofuleux dont il était atteint consistaient en caries scrofuleuses, ganglites tuberculeuses et ulcères de même nature.

Les malades du service de M. Velpeau étaient des jeunes gens de 20 à 30 ans, quelques-uns tuberculeux, mais offrant tous des lésions de nature scrofuleuse et en général très-caractérisées, très-avancées.

Le sang pris chez ces malades l'avait été soit avec la lancette, soit à l'aide de ventouses scarifiées.

Tout récemment enfin dans le service de M. Baudelocque, nous avons fait prendre du sang chez de jeunes filles décidément scrofuleuses; l'une d'elles, Louise Biard, âgée de six ans, était entrée le 2 février 1838 à l'hôpital pour y être traitée d'un engorgement scrofuleux du coude et d'une ophthalmie purulente de la même nature. Je n'insiste pas sur les détails pathologiques que M. Baudelocque a eu l'obligeance de me faire tenir; la cachexie scrophuleuse était très-avancée encore dans ce cas; la malade était traitée par l'iodure de potassium étendu d'eau, et par des bains sulfureux.

C'est à plusieurs reprises, comme on le pense bien, et successivement que le sang de ces sujets a été soumis à notre examen. Nos recherches ont été longues et minutieuses; nous avons en général procédé, en suivant les préceptes indiqués par M. Raspail, pour éviter autant que possible les illusions si fréquentes dans les recherches microscopiques, et ceux indiqués par Muller; c'est-à-dire qu'après avoir étalé une gouttelette de sang sur le porte-objet, quand il en était besoin nous placions tout à côté le réactif dont nous voulions user, ou simplement le liquide qui devait nous servir à espacer les globules, nous pouvions ainsi, quand nous le jugions nécessaire, unir les deux gouttes ensemble et apprécier les changements instantanés que les réactifs ou les dissolvants pouvaient faire subir aux globules. Quelques mots maintenant, sur les instruments que nous avons eus à notre disposition.

Bien que les découvertes les plus importantes peut-être en micrographie, aient été faites avec des instruments d'un pouvoir amplificatif très-borné, et qu'on ne donne guère de la valeur à une expérience en insistant sur la haute portée et sur la perfection des instruments dont on s'est servi, nous croyons devoir ajouter qu'en dernier lieu, nous avons pu user, pour nos recherches, d'un des plus puissants microscopes qu'on ait encore inventés; l'instrument dont nous parlons, fabriqué tout récemment par M. Charles Chevalier, pour l'Ecole Polytechnique, et sous la direction de mon savant ami M. Lamé, professeur de Physique à la même Ecole, cet instrument dis-je, a des grossissements qui pourraient paraître fabuleux à quelques personnes, puisqu'on peut atteindre et avec une lumière satisfaisante, non plus cinq ou six cents diamètres, mais l'énorme grossissement de trois mille diamètres!

Mais je le répète, ceci n'est pour moi qu'une question secondaire, quand je me rappelle d'une part la faiblesse et l'imperfection des instruments dont s'est toujours servi Leeuwenhoek; (voyez à ce sujet les *Transactions philosophiques*), et quand je me rappelle d'autre part que c'est à l'aide d'une simple loupe montée que M. Raspail a changé pour ainsi dire la face de la chimie organique.

Avant de soumettre ainsi le sang des scrofuleux à l'examen microscopique, j'avais déjà constaté bien des fois une *diffluence* remarquable dans ce sang, une diminution notable dans sa coagulabilité. Ainsi dans les flacons où je l'avais fait recueillir, les caillots étaient en général d'un très-petit volume relativement à la quantité de sérum au milieu duquel ils nageaient; ou bien les caillots, qui toujours s'étaient formés avec lenteur, étaient mous et d'une diffluence remarquable.

Aussi chez ces sujets scrofuleux le sang avait été en général très-difficile à arrêter, même quand il avait été obtenu par une simple saignée veineuse.

Ainsi chez l'une des jeunes filles du service de M. Baudelocque, bien que l'ouverture de la veine eût été fort étroite, on avait eu beaucoup de peine à se rendre maître de l'écoulement qui en était résulté.

Voici donc deux premiers ordres de faits qui avaient été assez constants pour nous; lenteur, diminution dans la coagulabilité du sang; petitesse, diffluence du caillot et parfois rougeur prononcée du *sérum*.

Mais à l'aide du microscope nous avons pu faire bien d'autres remarques.

Des particularités que nous avons ainsi observées, les unes étaient relatives à la *matière colorante;* les autres à la forme, à la constitution des *globules.*

Dans la plupart des cas, il nous est arrivé de trouver la matière colorante disposée de telle sorte qu'elle semblait en partie étrangère à la constitution des globules. Ainsi, lorsque j'ai examiné le sang du premier malade, j'ai pu constater que la matière colorante se trouvait çà et là complétement en dehors de plusieurs agglomérations de globules, et comme étendue en nappe sur la lame de verre ; plus loin, et dans la même gouttelette, elle communiquait une belle coloration d'un rose pâle à d'autres amas de globules ; coloration parfaitement délimitée, de sorte que plusieurs monceaux des globules restaient d'une transparence éblouissante. Dans certains endroits on voyait la matière colorante très-distinctement entre les globules, soit que ceux-ci restassent à part et isolés, soit qu'ils fussent groupés entre eux, ou placés en longues séries comme des chapelets.

Je ferai remarquer ici que ce n'était pas le *bord* des gouttelettes seulement qui restait incolore, chacun sait que cela arrive lorsque la matière colorante se retire entraînée par l'albumine soluble qui l'épaissit, ainsi que l'avait observé M. Raspail. Dans les cas que je signale ici la nappe de matière colorante, étendue par zones diversement limitées, teignait ici des agglomérations de globules, tandis que plus loin, où se trouvaient des agglomérations non moins considérables, tout était incolore, véhicule et globules.

Ceci s'est présenté à notre observation quand, le caillot s'étant bien formé, le sérum était resté à peu près limpide ; mais parfois, avons-nous dit, le sérum offrait une coloration d'un rose peu foncé ; vu au microscope ce sang offrait des gouttelettes où tout était de la même couleur, globules et véhicules, sans différence bien sensible, pas même sur les bords, là où s'opère le retrait de l'albumine soluble.

Ces premières observations pouvaient déjà nous paraître de nature à jeter quelque jour sur la constitution des globules sanguins en général ; sur les rapports de la matière colorante avec les globules ; enfin sur un fait qui serait peut-être particulier au sang des scrofuleux.

On sait en effet que la question des rapports de la matière colorante avec les globules est encore aujourd'hui controversée.

Les uns, avec M. Raspail, dont on doit toujours citer avec éloge les belles recherches microscopiques; les uns, dis-je, pensent que la matière colorante est étrangère à la constitution des globules sanguins.

Ces globules qu'on trouve d'un si beau rouge sur les planches des micrographes, n'offrent quelque chose d'analogue à ces figures classiques, dit M. Raspail, que lorsqu'ils sont recouverts de la nappe de matière colorante.... On s'assure avec la dernière évidence, ajoute plus loin ce savant, que les globules sont entièrement incolores, quand on a eu soin d'étendre d'eau pure le sang le plus fortement coloré des mammifères; car alors la matière colorante étant plus délayée et par conséquent presque inappréciable au microscope, les globules paraissent incolores dès le début de l'observation.

L'opinion de M. Raspail acquiert plus de vraisemblance encore par le fait de ce que nous avons observé sur le sang de nos scrofuleux ; car il est à remarquer que les globules, privés, dénudés de matière colorante, *n'avaient pas diminué* de volume ; il n'y avait pas eu conséquemment dissolution d'une enveloppe extérieure, c'était comme un simple retrait de la matière colorante.

Cette remarque est importante, car on aurait pu supposer que le sang de ces scrofuleux contenait simplement une trop forte proportion de principes aqueux, ou une trop faible proportion de sels : circonstances également propres à favoriser la dissolution de la matière colorante, mais qui n'auraient pu rendre compte encore d'une dissolution qui serait restée *partielle;* c'est-à-dire complète à l'égard de certaines agglomérations de globules, et nulle dans d'autres régions également parsemées de globules.

Je viens de dire que ce fait, tout anormal qu'il est, se concilie plutôt avec l'opinion soutenue par M. Raspail qu'avec celle des autres micrographes. Je ne parle pas des suppositions de Leeuwenhoeck, qui accordait libéralement six sphères à chaque globule, et composées chacune de six sphérules (*Phil. transact.* 1674, 23, 121), mais de cette opinion qui attribue aux globules un noyau central incolore et une enveloppe de matière colorante concourant à leur composition et complétant leur volume normal.

Telle est du reste la théorie la plus générale : Hewson, Home, MM. Edwards, Prévost, Dumas, Wedemeyer, ont tous posé en fait que l'enveloppe du globule est coloré et qu'il n'y a d'incolore que le noyau central.

Toutefois on avait été forcé d'admettre que dans certaines classes d'animaux, dans les mollusques par exemple, et dans les crustacés, si les globules ont une enveloppe, celle-ci n'est pas colorée.

Ce qui avait pu confirmer cette opinion d'une enveloppe colorée et d'une enveloppe appartenant à la constitution même du globule sanguin, c'est que lorsqu'on dissout artificiellement la matière colorante, il se précipite véritablement de petits noyaux incolores; mais il est évident que tout en dissolvant la matière colorante, l'excès d'eau a agi aussi sur les globules, sur leur périphérie.

Burdach avoue lui-même (tom. 6, 109) que la distinction, à l'égard des globules, d'un noyau et d'une enveloppe ne résulte peut-être que d'un commencement de décomposition.

Maintenant que nous avons cherché à conclure d'un fait probablement pathologique, à une condition normale, savoir : Que la matière colorante n'entre pas dans la constitution des globules, mais qu'elle est tenue avec eux en suspension dans un véhicule commun ; il importerait de savoir comment il se fait que dans le sang de nos scrofuleux la nappe de matière colorante tendait ainsi à abandonner les globules, à éprouver une sorte de dissociation.

Faut-il admettre que dans ces cas il y avait altération de la sérosité? Ceci est probable, puisque, ainsi que le fait remarquer Muller, tant que les globules du sang sont contenus dans la sérosité, *leur* matière colorante ne se dissout pas. Ici, la sérosité les contenait encore, et cependant la matière colorante en avait abandonné des portions fort étendues; il faut donc supposer que cette sérosité n'avait plus ses conditions normales. Or, comme cet accident peut survenir par le fait d'un contact avec l'eau, faut-il en conclure que le sang des scrofuleux est parfois trop aqueux ? Mais alors les globules eux-mêmes auraient éprouvé une diminution de volume, par suite d'un commencement de dissolution qui aurait porté sur leur couche la plus extérieure.

Mais ceci amène encore une autre question :

La dissolution ou plutôt la dissociation de la matière colorante et des globules dans le sang survenant quand il y a excès d'eau, est-ce parce que la proportion d'albumine contenue dans le sérum diminue d'autant? ou bien, est-ce parce qu'il y a moins de sels dans ce sérum?

La première opinion, comme principe général et abstraction faite des cas morbides, est celle de Berzélius. Ce chimiste attribue l'insolubilité de la matière colorante dans le sérum normal à l'albumine qu'il contient; mais Muller, partisan de la seconde opinion, croit que la non solubilité de cette matière dépend moins de l'albumine que des sels tenus en dissolution.

S'il nous était permis d'avoir une opinion en pareille matière, nous pencherions vers cette idée plus générale et qui d'ailleurs ne répugne point aux précédentes, savoir : Que la matière colorante est d'autant plus soluble que le sérum a moins de densité ; et c'est peut-être en raison de cette seule circonstance que l'eau sucrée se comporte comme l'eau salée, comme l'eau chargée d'albumine ; c'est-à-dire, en n'altérant en rien la forme et le volume des globules.

Quoi qu'il en soit, il nous a paru résulter de ces premières observations sur le sang des scrofuleux, d'une part, et comme fait physiologique, que la composition, la forme et le volume normal des globules sanguins ne dépendent pas d'une enveloppe colorante, et, d'autre part, comme fait pathologique, que le sérum avait perdu de sa densité normale par la présence accidentelle d'une trop grande quantité de principes aqueux, de telle sorte qu'il y avait, en même temps et par ce même fait, une proportion trop faible ou d'albumine soluble, ou de sels dans le véhicule.

Il nous reste maintenant à exposer les observations que nous avons faites sur les globules appartenant au sang des scrofuleux ; nous avons déjà dit que ces globules n'avaient pas éprouvé une diminution notable de volume, comparable du moins à ce qui se passe lorsque artificiellement on a cherché à dissoudre la matière colorante.

Cette circonstance nous paraît assez importante à noter; car le fait d'une dissociation de la matière colorante d'avec les globules n'a peut-être jamais été bien observée; du moins Burdach avoue qu'il ne lui a pas plus réussi qu'à Hodgkin et Lister de jamais voir distinctement la matière colorante se séparer des globules (t. VI, p. 100).

Mais s'il n'y avait pas de diminution notable, majeure dans le volume des globules par nous observés, ce n'est pas à dire pour cela qu'il n'y ait pas eu altération dans leur couche périphérique.

Nous avons constamment retrouvé les deux sortes de globules, c'est-à-dire les globules sphéroïdaux et les globules lenticulaires : les petits globules sphéroïdaux se rencontrent dans beaucoup de maladies; ici ils n'offraient rien de particulier et ne différaient guère entre eux que par leur volume; en général ils ne nous ont point paru dépasser 1/400 de millimètre.

Mais les globules lenticulaires étaient manifestement altérés, et d'abord leur dépression ou tache centrale était portée au delà des limites naturelles, normales; ce n'était plus seulement un point ombré sur chacune de leur face, mais un cercle obscur avec un point central transparent, de sorte qu'on les aurait crus véritablement troués.

Tout concourait à produire cette illusion; quand ces globules se trouvaient sur une zone colorée, leur centre offrait la couleur du fond; si au contraire ils étaient sur un fond incolore, leur centre était transparent.

Que si ces globules venaient à être entraînés par des courants sur la lame de verre où je venais de les déposer, on les voyait rouler dans le sérum, ou même culbuter de manière à offrir successivement leurs deux faces, avec les mêmes circonstances que je viens de noter.

Quelques-uns restaient parfois un moment sur leur tranche et comme en équilibre, puis retombant à

plat, ils offraient de nouveau l'altération de leur partie centrale.

Mais indépendamment de ces globules, il y en avait d'autres entièrement déformés; quelques-uns paraissaient irrégulièrement cylindriques, ou du moins allongés; d'autres irrégulièrement circulaires et largement échancrés : de sorte que les premiers semblaient provenir de ceux-ci, qui auraient fini par s'allonger pour prendre une apparence cylindroïde.

Ces altérations, nous devons le dire, n'ont pas été constantes dans le sang des scrofuleux, du moins aussi bien marquées dans tous les cas où nous en avons cherché la vérification; mais jamais nous n'avons trouvé de dispositions semblables dans le sang des individus autres que des scrofuleux.

Nous ajouterons en outre que les altérations signalées par les auteurs nous ont aussi paru d'un ordre tout à fait différent. Quand l'altération des globules n'est qu'un simple fait de dissolution, leur périphérie tend à se ramollir, à se liquéfier, mais avec assez d'égalité; que si cependant, ainsi que l'ont remarqué Hodgkin et Lister, il y a déformation, celle-ci se révèle par un aspect comme déchiré, déchiqueté, crénelé et comme bosselé, de sorte que le globule altéré semble prendre la forme d'une mûre; mais à mesure que la dissolution périphérique fait des progrès, le globule reprend son aspect lisse et sphérique.

Tandis que dans le sang de nos scrofuleux ou bien l'altération des globules était localisée de telle sorte qu'il n'y avait qu'une forte dépression, dépression manifestement exagérée sur chacune de leurs faces; ou bien la déformation consistait en une profonde échancrure sur leur bord; ou bien enfin la déformation portée au plus haut point avait donné aux globules une apparence cylindroïde.

Nous ferons encore remarquer que ces particularités ont été observées par nous dans du sang veineux, dans du sang tiré des capillaires, et même dans le sang artériel chez l'un de nos scrofuleux. Ce dernier fait surtout avait attiré notre attention. Nous avons bien constaté que quant aux globules restés intacts, leur volume et leur forme étaient exactement semblables dans le sang artériel et dans le sang veineux, bien que Kaltenbrunner ait prétendu que le volume n'est pas le même.

Dans tous ces cas aussi les globules se sont comportés de la même manière à l'égard des réactifs par nous employés.

Que si maintenant nous cherchions à rattacher les altérations observées dans le sang des scrofuleux avec la nature même de l'affection, avec les conditions qui favorisent son développement, et enfin avec les symptômes propres à cette même maladie, nous pourrions peut-être nous livrer à quelques hypothèses; mais peut-être aussi trouverions-nous quelque vraisemblance, quelques probabilités à l'égard de certains rapports pathologiques. C'est à ce titre que nous ajouterons les réflexions suivantes :

Nous avons dit au commencement de ce mémoire que nous ne devions pas nous attendre à trouver des maladies distinctes dans le sang, ni dans ses parties constituantes, mais seulement des altérations plus ou moins notables; altérations entrant comme éléments dans la production, dans le développement de certaines cachexies; donc pour arriver à quelque chose de scientifique, il faudrait pouvoir donner une place, assigner une valeur à ces altérations dans les maladies scrofuleuses; c'est là ce qu'il importerait avant tout de bien établir.

Nous commencerons, afin d'essayer quelques pas dans cette voie nouvelle, par chercher à prouver que si les altérations par nous signalées dans le sang de quelques scrofuleux ne s'expliquent pas suffisamment par les *causes* de leur maladie et ne donnent pas la clef des *symptômes* qu'ils avaient éprouvés, du moins ces altérations ne sont pas en désaccord avec ces mêmes causes, avec ces mêmes symptômes; elles ne répugnent pas à l'idée d'une filiation probable entre ces divers ordres de faits.

Et d'abord, ainsi que l'ont remarqué les meilleurs observateurs, les causes assignées à la maladie scrofuleuse portent principalement sur le sang et tendent à altérer ce liquide dans sa composition.

Le sang va chercher dans l'acte de la respiration les moyens de se constituer normalement et de conserver la norme de sa constitution; or il paraît bien prouvé aujourd'hui, et surtout d'après les dernières observations de M. Baudelocque, qu'en première si non en exclusive ligne, il faut placer comme cause de la maladie scrofuleuse l'action d'un air vicié sur le fluide sanguin, la respiration incessante d'un air non suffisamment renouvelé.

Les observations toutes récentes faites par M. Carus, à l'occasion des expériences de MM. Cagniard-Latour, Turpin, Kutzing et Schwau sur la fermentation, confirment nos remarques sur la haute influence de l'acte respiratoire relativement à la constitution des globules sanguins et à la matière colorante : La production des globules du sang, dit M. Carus, et leur anéantissement sont le résultat d'une action intestine créatrice; mais les effets sont multiples dans le poumon; en même temps qu'il y a admission d'une suffisante quantité d'oxygène, et dégagement d'acide carbonique, il y a développement de chaleur, accrois-

sement dans le nombre des globules ou vésicules par l'effet d'une force créatrice intérieure; et lorsque les vésicules ainsi produites arrivent à leur plus haut degré d'énergie vitale, par suite de leur libre communication avec l'air, elles prennent chez l'animal la couleur *rouge*, de même que chez les végétaux les vésicules prennent dans les mêmes conditions la couleur verte.

Ainsi c'est à cette source commune, c'est à l'action d'un air libre, ou du moins suffisamment renouvelé, que les liquides essentiellement réparateurs vont incessamment chercher les conditions qui constituent leur norme.

Nous ne reviendrons pas sur toutes les observations confirmatives de cette vérité; pour nous M. Baudelocque a mis ces faits hors de doute tout en usant d'une grande réserve. « Ainsi, je ne me laisserai point aller, dit cet observateur, au désir d'expliquer en quoi consiste la viciation de l'hématose, quelles sont les modifications qui en résultent dans la composition du sang, dans la proportion relative de ses principes constituants; quels changements apporte dans la composition de nos humeurs, de nos tissus, leur préparation faite avec un sang qui ne possède plus toutes les qualités qu'il doit avoir. » (*Études sur la maladie scrofuleuse*).

Cette réserve était louable assurément; M. Baudelocque, parlant de faits bien observés, pouvait établir sans crainte de se tromper que le fluide sanguin dans la maladie scrofuleuse, devait être altéré, et dans sa composition physique et dans la proportion relative de ses principes constituants; mais il ne pouvait encore indiquer quelles étaient ces altérations; c'est à l'analyse microscopique, et à l'analyse chimique qu'il appartient de résoudre ces questions.

Aujourd'hui encore la science ne pourrait répondre complétement à cet appel; pour notre part, nous avons cherché seulement à soulever un coin du voile épais qui couvre ces matières, nous n'avons guère constaté que certaines particularités soit dans la matière colorante et dans ses rapports avec les globules, soit dans la forme de ces mêmes globules, mais l'attention des médecins se trouvera par cela même appelée sur cette grande question.

Mais maintenant que nous venons de montrer en quoi ces altérations nous paraissent en rapport avec la nature des causes connues de la maladie scrofuleuse, il nous reste à établir que les symptômes, que les lésions organiques, concordent également avec ces mêmes altérations du sang. C'est par là que nous terminerons ce mémoire.

Nous avons vu à quel point les globules étaient déformés; ces altérations sans doute sont lentes, progressives; car on conçoit difficilement comment la vie elle-même pourrait persister chez des individus dont les globules sanguins se trouveraient tout à coup ainsi déformés. On sait en effet qu'il faut un rapport exact de dimension entre le volume des globules et celui des capillaires qu'ils doivent traverser; on sait aussi d'après les travaux de MM. Prevost et Dumas, que le volume et la forme des globules diffèrent dans chaque espèce animale et que les accidents de la transfusion tiennent précisément à ces différences.

Sans avoir à redouter des accidents aussi graves, et surtout aussi prompts chez les individus dont le sang présente les altérations que nous avons signalées; du moins est-on fondé à penser que des effets déterminés pourraient en résulter. Ces accidents, on le prévoit maintenant, tiendraient et à la diffluence du liquide sanguin et à l'oblitération des petits vaisseaux par des globules déformés; or nous allons voir quelle série d'effets pathologiques résulterait secondairement de ces sortes d'accidents.

La circulation dans les gros troncs artériels ne serait pas troublée par des accidents semblables, tout au plus la marche des globules serait quelque peu retardée, dans les parties voisines de la couche adhérente, par ce fait seul que n'étant plus sphéroïdaux ils ne rouleraient plus sur eux-mêmes avec autant de facilité; au centre leur cours serait à peu près le même, mais dans les infiniment petits tuyaux, on conçoit que des arrêts pourraient s'effectuer, non pas, comme le prétendaient autrefois les médecins, par *erreur de lieu*, mais par encombrement de globules déformés.

Une des questions les plus intéressantes que soulève l'étude de la circulation, a dit avec raison M. Magendie, c'est de savoir s'il n'y a pas des circonstances où les infiniment petits tuyaux s'oblitèrent au lieu de continuer à se laisser traverser par le sang.

Or, il est déjà prouvé que tout ce qui tend à augmenter la coagulabilité du liquide sanguin au delà de certaines limites, produit immédiatement cet effet; d'autre part tout ce qui tend à soustraire une certaine quantité de fibrine peut aussi déterminer de semblables résultats.

Mais la forme des globules! Qui pourrait assurer qu'elle soit sans influence sur tous les accidents de la circulation capillaire, et conséquemment sur les productions, en plusieurs points de l'économie, tantôt d'engorgements lents, froids, comme on le dit; tantôt même de véritables états inflammatoires.

Certes, notre intention ici n'est pas de donner toute une nouvelle théorie de la maladie scrofuleuse, mais seulement de poser quelques principes; quant aux applications, elles pourront être faites plus tard, si d'ailleurs les principes sont aussi fondés que nous sommes porté à le croire.

Le véhicule sanguin était manifestement altéré, les globules sanguins étaient déformés, profondé-

ment lésés dans quelques-uns des cas de maladie scrofuleuse observée par nous.

Cette altération était telle qu'une disproportion devait nécessairement en résulter entre les vaisseaux capillaires et les globules.

Maintenant nous savons, et les physiologistes expérimentateurs nous l'ont appris, que du moment où il existe un défaut d'harmonie entre le diamètre des capillaires et le volume des molécules sanguines, des obstructions surviennent, et alors apparaissent certains caractères de l'inflammation (Magendie III, page 424).

D'autre part nous savons, et c'est encore un enseignement de la physiologie, que le sang, pour conserver ses qualités normales, savoir : et son degré de plasticité et de non-coagulation, et la forme de ses globules, etc. etc., doit être soumis à une épuration incessante, c'est-à-dire à l'acte de l'hématose pulmonaire.

Ces principes une fois posés, comment ne pas voir qu'ils concordent parfaitement avec les *lésions anatomiques* particulières à la maladie scrofuleuse et avec les causes qui produisent cette même maladie?

Chose singulière! Tout le monde convient que dans la cachexie scrofuleuse les liquides doivent être essentiellement, primordialement altérés, et personne n'a cherché à se rendre compte de ces altérations! Tout le monde convient que si les solides finissent par éprouver de nombreuses lésions, c'est par suite de cette altération des liquides, et personne n'a cherché à observer comment cette altération consécutive des solides peut avoir lieu, peut s'effectuer.

Les anatomo-pathologistes se sont empressés de décrire les altérations des solides, ils en ont tracé des tableaux achevés, ils l'ont fait avec scrupule, avec minutie; mais il semble qu'ici deux choses leur importaient fort peu : d'une part le mécanisme pathologique suivant lequel ces lésions, s'étaient effectuées, et d'autre part les moyens de rétablir l'ordre physiologique dans ces mêmes parties.

C'est pour cela qu'un des plus grands médecins des temps modernes, et dont la science déplore la perte récente, les a plus d'une fois qualifiés de *fatalistes impitoyables*.

Quoi qu'il en soit, la plupart des observateurs se sont réunis pour accuser les liquides de tous les désordres pathologiques; ainsi Bordeu ne voit dans les affections scrofuleuses qu'*une maladie générale du suc nourricier;* d'autres supposent qu'un levain *scrofuleux* a vicié les humeurs, et de là toutes les altérations de nutrition consécutives.

Quant à ces altérations elles-mêmes, on signale en première ligne les engorgements des glandes et certains modes inflammatoires. Les inflammations, comme le remarque Thompson, ont alors un caractère particulier; la diathèse scrofuleuse leur imprime, dit-il, un mode, un caractère plus ou moins chronique; M. Baudelocque ajoute, dans le même sens, que chez les scrofuleux l'inflammation a une marche lente, irrégulière, qu'elle passe fréquemment à l'état chronique, et qu'elle se propage ainsi à toutes les parties voisines.

Nous n'insisterons pas davantage pour faire remarquer que la nature de tous ces accidents concordant avec la nature des lésions primordiales, c'est un point sur lequel nous n'avons plus à revenir; et ici se terminerait ce mémoire, si, pour ne pas être taxés de rester purement spéculatifs, et quelque peu fatalistes aussi, il ne nous avait pas paru convenable d'ajouter, comme complément, quelques mots sur la thérapeutique *rationnelle* de la maladie scrofuleuse.

Quand nous disons un traitement rationnel, nous voulons indiquer par là un traitement déduit comme un corollaire de la question pathologique. Or, ici, quelle sera la médication rationnelle applicable aux altérations du sang? Comment pourra-t-on se proposer d'agir sur ce fluide? Comment pourra-t-on modifier sa composition, lui restituer ses conditions normales? Que s'il y avait exubérance de ce fluide, ou altération en ce sens que ses parties cruoriques se trouveraient dans une proportion trop considérable relativement aux parties séreuses, on pourrait supposer que des émissions sanguines agiraient favorablement soit par une spoliation générale faite dans certaines limites, soit parce que des saignées répétées diminuent rapidement les parties cruoriques pour faire prédominer les parties séreuses. Mais dans la maladie scrofuleuse, loin de là, il faudrait plutôt faire porter la spoliation sur les éléments aqueux du sang; en outre il faudrait agir sur les globules. Or, pour cela nous ne connaissons ici qu'une seule voie praticable, c'est avant tout d'agir sur les *causes* de la maladie, sur les causes de l'altération du sang.

Les affections scrofuleuses nous paraissent rentrer dans les maladies qui restent communément sous la dépendance de leurs causes et qui conséquemment ont plutôt des degrés que des périodes; or, dans ce cas, la première indication consiste à éloigner les causes.

Ce n'est pas tout, que si, dans ce cas, l'agent accidentellement morbifique est connu, il est parfois possible de le rendre essentiellement hygiénique. Or ceci s'applique de tout point à la maladie scrofuleuse; c'est un air vicié par son défaut de renouvellement qui s'est constitué agent morbifique : eh bien! par un renouvellement continuel on peut le rendre éminemment hygiénique, thérapeutique.

Les bons esprits ont toujours placé en première

ligne, dans le traitement de la maladie scrofuleuse, les ressources hygiéniques et surtout la respiration d'un air pur; c'était par la voie empirique que la plupart étaient arrivés à cette conclusion; nous venons de la confirmer par des considérations théoriques; et c'est toujours une circonstance heureuse, en médecine, quand un point de rationalisme se trouve confirmé par des faits d'empirisme.

Quant aux médicaments successivement préconisés contre la maladie scrofuleuse, il en est un, prôné, dans ces derniers temps, à l'égard duquel nous ne pouvons nous empêcher de faire prompte et complète justice; nous voulons parler de l'*or* et de ses préparations.

L'or a été à peu près de tout temps vanté en médecine; d'abord c'est un métal précieux par lui-même, et pour certains esprits c'est déjà une présomption en faveur de certaines vertus thérapeutiques.

Quelques gouttes d'or potable! Ces mots seuls agissent sur bien des imaginations; aussi les homœopathes n'ont-ils pas manqué d'employer l'or dans leurs fameuses dilutions.

Ecoutez Hahnemann : il vous assure, dans son Organon, que si vous faites seulement respirer à un mélancolique un quadrillionième de grain d'or, à l'instant même vous lui rendrez la santé; de même que vous guérirez sur-le-champ un enfant atteint de coqueluche si vous lui donnez une dragée de droséra au trentième degré de dilution, pourvu que vous n'ayez secoué que *deux fois* ladite dilution.

Ainsi rien d'extraordinaire si de tout temps on a pensé faire merveille en administrant quelques gouttes d'or potable.

Mais ici, pour la maladie scrofuleuse nous avons par devers nous des contre-épreuves décisives.

De ces observations, les unes nous sont particulières et nous pourrions les rapporter avec détails; mais d'abord, et ceci est un principe général, quels que soient les caractères d'authenticité dont sont revêtues beaucoup d'observations recueillies dans la pratique particulière, on ne saurait leur trouver une valeur égale aux observations recueillies dans les grands hôpitaux; celles-ci sont d'abord plus nombreuses, faites qu'elles sont sur une plus grande échelle, et puis elles sont recueillies, constatées, vérifiées au grand jour; *coram populo*. Ce n'est pas tout, on pourrait nous répondre par des faits isolés, pris également dans la pratique particulière, et ces observations nous ne pourrions les accepter. Or comme il est, dans nos désirs, qu'on nous réponde par des faits d'une valeur égale aux nôtres, par des faits d'une authenticité irrécusable, nous préférons nous appuyer ici sur les faits qui se sont passés dans le service de M. Baudelocque à l'hôpital des Enfants et dans le service de M. Velpeau à l'hôpital de la Charité.

Dans le premier de ces deux établissements, à l'hôpital des Enfants, où sont toujours réunis un grand nombre de scrofuleux des deux sexes, les préparations d'or ont été administrées à des doses qu'on pourrait regarder comme énormes; parlons d'abord de l'*hydrochlorate d'or* : c'est un sel, dit M. Chretien, cité par M. Orfila, infiniment plus actif que le sublimé corrosif, bien que moins irritant sur les gencives; administré à la dose de 1/10 de grain par jour, il a occasionné une forte fièvre : au dire de M. Risueno cité par M. Alph. Devergie, l'hydrochlorate d'or aurait une action irritante sur le système nerveux, au point d'amener du délire.

Suivant d'autres praticiens, encore cités par M. Alph. Devergie, des phlegmasies gastro-intestinales auraient été produites par cet agent donné à la dose de 1/10 à 1/20 de grain.

M. Devergie, sans regarder ce sel comme aussi énergique que le sublimé corrosif, lui accorde une influence presque aussi délétère, et assure qu'il agit de la même manière.

Eh bien! ce poison violent a été administré tout récemment à l'hospice des enfants, non pas à la dose de 1/20, 1/12, 1/10 de grain, mais aux doses énormes de 10 et 12 grains, non-seulement sans qu'il en résultât la plus légère modification dans la marche de la maladie scrofuleuse, mais encore sans changement appréciable dans l'état habituel des sujets.

M. Baudelocque a eu la discrétion de ne pas aller au delà, par la raison toute simple que ce prétendu médicament est d'un prix fort élevé.

Ce n'est pas tout, le *stannate d'or*, vanté aussi, et au même titre que l'hydrochlorate d'or, a été administré aux mêmes doses, à 10 et 12 grains, et toujours sans déterminer le plus petit effet.

Enfin, l'oxyde d'or, préparé par la potasse a été porté à la dose de 20 grains en un jour; et rien, absolument rien n'en est résulté, ni relativement aux symptômes de la maladie scrofuleuse, ni relativement à l'état général des sujets.

A l'hôpital de la Charité, les résultats ont été tout aussi négatifs, et conséquemment tout aussi confirmatifs de notre opinion.

Mais ici les faits méritent d'être racontés, car ils se sont passés d'une manière assez singulière.

Les doses ont été d'abord portées plus loin qu'à l'hôpital des Enfants; ainsi l'hydrochlorate d'or a été donné à 15, 18 et jusqu'à 20 grains par jour; l'oxyde d'or a été porté également à 20 grains. Assurément on aurait pu aller bien au delà, puisqu'il n'en était résulté aucun effet, mais on a été arrêté par la même considération qu'à l'hôpital des Enfants; savoir, le prix élevé de ces sortes de préparations.

Ce n'est pas, en effet, pendant un jour ou deux

que des doses aussi fortes ont été administrées, mais pendant 15 jours consécutifs et avec la plus rigoureuse exactitude.

Cependant un malade avait entendu parler du prétendu médicament qui lui était administré chaque jour par M. Velpeau; on lui avait dit que c'était chose assez étrange qu'il n'en éprouvât aucun effet, car c'était un remède très-énergique, très-violent, et qui lui était donné à haute dose. Dès lors il accusa une foule de symptômes, c'était des douleurs intolérables, de l'agitation, des maux de tête, des vertiges, des nausées; bref, il était à l'en croire dans une situation fort critique, par suite des pilules qu'on s'obstinait ainsi à lui faire prendre mais; comme M. Velpeau ne croyait pas plus que nous, par suite de sa propre expérience, aux effets attribués aux préparations d'or, du moins dans l'affection scrofuleuse, il usa, pour éprouver son malade, d'une supercherie fort innocente, mais décisive.

Bien que ces pilules vous causent tant de trouble, dit-il au malade, nous regardons comme nécessaire à votre guérison qu'on en double la dose; mais le pharmacien prévenu par M. Velpeau, au lieu de pilules d'hydrochlorate d'or, fit donner au malade, pour cette fois, des pilules de mie de pain, en tout semblables aux premières quant au volume et à la couleur. Le malade ne manqua pas le lendemain d'accuser un redoublement dans tous les symptômes, dans tous les accidents que déjà, disait-il, il avait éprouvés. Eh bien! puisque cela est ainsi, répliqua M. Velpeau, il y aurait de la dureté, de l'inhumanité à continuer, on va vous donner aujourd'hui d'autres pilules, des pilules *calmantes;* et le pharmacien, toujours prévenu, en revint aux pilules d'hydrochlorate d'or, toujours à la dose de vingt grains. A la bonne heure, s'écria le lendemain notre malade, dès qu'il aperçut M. Velpeau, j'ai bien senti que vous aviez changé de méthode: tout est calmé, et définitivement je me trouve parfaitement bien.

Ceci suffira sans doute pour démontrer toute l'inanité des préparations d'or dans la maladie qui nous occupe; on vient de le voir, les effets ont été nuls, malgré l'énormité des doses; quand il y a eu des effets accusés par l'un des malades, ils étaient le produit de son imagination. Ces substances, administrées dans le cours d'autres maladies, auraient-elles amené d'autres résultats? C'est ce que nous ne sommes pas en mesure de décider; mais ce qu'il y a de bien avéré pour nous, c'est qu'on doit les rayer de la thérapeutique des affections scrofuleuses : telle est la conclusion à laquelle nous sommes forcé d'arriver.

Ici se termine ce que nous avions à dire et sur le sang de quelques sujets atteints de scrofules et sur le traitement de cette maladie.

Nous reviendrons maintenant, en peu de mots, sur un objet déjà traité par nous dans un précédent mémoire, c'est-à-dire sur le fluide *vaccin.*

Grâce à l'obligeance de M. Cullérier et aux bons soins de son interne M. Durand, nous avons pu examiner au microscope du vaccin recueilli sur des individus atteints de syphilis à différents degrés.

Nous avions prié M. Cullérier de faire rechercher si dans son service il ne se trouverait pas des malades qui n'eussent jamais été ni vaccinés ni atteints de variole.

M. Cullérier nous en avait signalé six qui, précisément, étaient dans ces conditions. A ma prière, M. Durand a bien voulu les vacciner, et le 26 avril 1838, il m'écrivit pour que je vinsse voir les malades. L'un d'eux affecté d'une vérole passée à l'état *constitutionnel* avait été jusque là réfractaire à 8 ou 10 tentatives faites pour le vacciner; cette fois nous fûmes plus heureux; des pustules vaccinales se développèrent en temps convenable; M. Durand recueillit du vaccin chez ces mêmes vénériens et nous pûmes le soumettre à notre observation.

Nous savions bien par des expériences antérieures et faites dès les premiers temps de l'introduction de la vaccine en France, que le vaccin peut se développer normalement chez des individus dont la constitution paraît profondément altérée soit par la diathèse syphilitique, soit par la diathèse scrofuleuse; que le vaccin dans ces cas peut suivre ses phases avec autant de régularité que chez les individus les plus sains, et que le virus vaccin pris chez ces mêmes individus a toutes ses propriétés et rien que ses propriétés; c'est déjà un fait bien remarquable que ce développement à part, parfaitement indépendant, ayant ses lois particulières, ses conditions virtuelles de propagation et cela chez des individus dont la constitution entière est déjà pénétrée d'un vice radical, dont les fluides sont profondément altérés; ces faits nous étaient connus; mais nous voulions rechercher si le fluide vaccin recueilli dans ces conditions complexes nous offrirait, au microscope, les mêmes dispositions physiques que nous avions constatées en d'autres temps.

Le vaccin recueilli à notre invitation par M. Durand provenait d'individus offrant des symptômes de syphilis récente et de syphilis constitutionnelle; les uns avaient des chancres indurés et des bubons, les autres des végétations et des exostoses.

Ce vaccin examiné par nous, à différentes reprises et avec le plus grand soin, nous a constamment présenté, et avec la plus parfaite identité, les dispositions particulières que nous avons signalées.

Savoir : des cristaux plus ou moins réguliers, plus ou moins beaux d'hycrochlorate d'ammoniaque et un mode de dessiccation consistant en lignes ou filaments assez étendus, projetés en larges rayons, et en petits filets diversement contournés sur eux-

mêmes, ramifiés, entrecroisés comme un sorte de tissu.

Sans rentrer de nouveau dans tous les détails de la question scientifique, je ferai remarquer une dernière fois, comment cette question a été comprise par moi : le fluide vaccin contient, ainsi que je l'ai constaté, plusieurs éléments dont quelques-uns doivent ultérieurement se solidifier, mais qui sont d'abord à l'état de dissolution parfaite : de là sa limpidité, sa translucidité complète, dans les premiers moments et lorsqu'on a eu soin de l'extraire des pustules en temps convenable, puis, après quelques heures seulement, deux ordres de faits s'établissent : d'une part, des cristallisations plus ou moins régulières dues aux parties salines, et d'autre part des filaments flexueux, pelotonnés, analogues à ceux que Leeuwenhoek, Muys et Monro avaient décrits, dans leurs recherches sur les parties constituantes des solides et des liquides de l'économie, et qu'ils avaient donnés comme des fibres élémentaires simples.

On sait que Fontana et Mascagni, qui croyaient pareillement avoir découvert des filaments primitifs, ont été plus loin dans leurs suppositions et qu'ils avaient cru ces filaments creusés en forme de tubes et diversement ramifiés.

Mais Tréviranus, qui avait aussi retrouvé ces filaments flexueux dans tous les produits de l'organisation, soutenait qu'ils n'étaient constitués que par des traînées d'albumine et d'un fluide visqueux; telle est aussi notre opinion relativement aux petits filets grêles et flexueux que nous avons signalés dans le vaccin, filaments qu'en aucun cas il ne serait permis de confondre avec les fendillements, les cassures régulières et rectangles que toute gouttelette d'albumine desséchée ne tarde pas à montrer. Pour bien juger de la différence, nous avons plus d'une fois mis en regard sur le porte-objet une gouttelette de vaccin et une gouttelette d'albumine, toutes deux à l'état de dessiccation. L'une, la gouttelette d'albumine, offrait des fendillements bien distincts, réfractant la lumière, et tout à fait analogues à ces cassures qu'on voit à la surface de la glace quand un bassin vient à se congeler en hiver; tandis que la gouttelette de vaccin, outre ces cassures, ces fendillements, offrait les filaments contournés, flexueux, entrelacés, que j'ai précédemment décrits.

Suivant nous, ces faits étaient assez importants à signaler; ils placent le fluide vaccin dans des conditions spéciales.

Burdach a rappelé avec raison que les humeurs sécrétées normalement et anormalement contiennent toutes de la substance solide non-seulement *à l'état de dissolution* parfaite, mais encore, et surtout lorsqu'elles sont très-concentrées, ou qu'elles ont de la tendance à la disgrégation, *à l'état de simple suspension*, de manière que le microscope fait apercevoir en elles au moins des grumeaux, quand il n'y a pas de globules; eh bien! pour le vaccin, il n'en est pas de même; la dissolution est d'abord parfaite, rien n'y apparaît même à l'état de simple suspension. Mais que le refroidissement, que la dessiccation ait lieu; bientôt il y a disgrégation dans tout ce qui paraissait homogène, il y a isolement de certains principes constituants; les parties salines se cristallisent merveilleusement, les parties visqueuses, albumineuses, se dessinent, se reploient, se contournent en mille petits filaments déliés; mais dans des proportions telles qu'il faut pour les discerner recourir à de très-forts grossissants.

Ceci suffira sans doute pour bien faire saisir notre pensée, de telle sorte que nous pourrions nous dispenser de rappeler ce que nous avons dit ailleurs qu'il ne faut pas convertir de simples comparaisons en assertions positives et directes; que si l'on *compare* de simples dispositions physiques, des accidents de dessiccation à une *sorte* de tissu, à une sorte de *lacis*, d'*organisation*, il ne faut pas se hâter d'en inférer qu'on a entendu par là un véritable travail d'organisation spontanée, analogue à ces pseudo-membranes qui s'organisent à la surface des séreuses, qui se creusent en canaux, qui se pénètrent de sang, et qui finissent par jouir d'une vie qui leur est propre.

Cette explication de notre part était nécessaire, parce que, dans toute discussion, si on vient à convertir des comparaisons en réalités, rien n'est plus facile que de se donner momentanément le mérite d'une spécieuse réfutation, et c'est précisément ce qui est arrivé à notre égard.

La première communication que nous avons faite à l'Académie, sur ce sujet, a été l'objet d'assez vives réclamations; sans doute parce que nous avions eu la témérité d'user du microscope et de nous occuper du vaccin.

Toutefois nous n'en avons pas moins continué nos recherches microscopiques sur les liquides de l'économie; cette fois, comme il n'est plus question du vaccin que d'une manière indirecte, comme il s'agit surtout du sang des scrofuleux, si nous avons eu le bonheur d'émettre quelques faits nouveaux, nous aimons à croire qu'on n'ira pas les attribuer à quelque opticien du Palais royal; que si, du moins, quelques réclamations s'élèvent, elles seront dictées, cette fois, non par un intérêt industriel, mais bien par un intérêt purement scientifique.

L'Expérience. — Février 1839.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

—

RAPPORT

Sur un mémoire de M. le docteur MEISSER, *intitulé:* CONSIDÉRATIONS SUR LES RACES HUMAINES (1). (Lu dans la séance du 6 décembre 1838, par le docteur MOURREMANS.)

Démontrer que le climat n'est qu'une cause secondaire qui agit sur l'organisation, et que pour arriver à la connaissance du tempérament il faut tenir compte de l'espèce ou du type, ce qui se reconnaît presque toujours à l'inspection de la tête : telle est la proposition que le docteur Meisser a voulu formuler ; pour y parvenir, il s'appuie sur plusieurs données caractéristiques. D'abord il fait voir combien grande a été l'erreur, de diviser l'homme en trois zones par rapport à la nourriture. Il est heureux pour la science antropologique, que Porta, Lavater et Gall, soient venus mettre de la science analytique là où il n'y avait que du chaos : ces philosophes ont forcé les médecins naturalistes d'étudier sur les analogies des, dispositions extérieures, les facultés et les penchants physiques et métaphysiques des différents êtres. Et aujourd'hui, par exemple, ce n'est plus par la couleur que l'on distingue les espèces du genre *homo*, aussi toutes les recherches anatomiques sont-elles dirigées vers l'organisation typique, qui persiste dans toutes les localités malgré l'influence du climat. La botanique, dit l'auteur, corrobore notre proposition : on observe des plantes qui ont conservé leurs caractères dans tous les climats et à des hauteurs différentes. L'Ibis, même des catacombes, tant révéré des anciens Égyptiens, est identique à celui qu'on pèche aujourd'hui sur les bords du Nil ; argument précieux en faveur de l'immuable état du globe. L'examen du squelette atteste encore que les types caractéristiques persistent à travers une longue série de siècles. Notre collègue va même jusqu'à chercher des preuves dans la science ethnographique, si peu appréciée de nos jours ; il nous fait voir quelle ressemblance il y a entre les Indiens d'Amérique, situés vers le 48° de latitude septentrionale et le 80° de longitude méridionale, et les habitants du pays de Galles. Il en dit autant à l'égard des Grecs, qui ont conservé leur langue et leur type malgré toutes les vicissitudes politiques. La grande famille Juive, inaltérable dans sa physionomie comme dans son caractère moral, fortifie de plus en plus la formule de notre collègue. Il n'y a pas jusqu'à la variété nègre qui ne vienne offrir les caractères indélébiles de son type, tout en donnant des faits précieux aux études ethnographiques inséparables désormais des investigations anatomiques.

Notre laborieux confrère, Messieurs, ne s'est pas seulement contenté de dire les choses, il les a prouvées, en nous présentant, comme échantillons, des crânes de plusieurs types dont il parle dans son mémoire.

Ce que le docteur Meisser avance pour les espèces humaines ci-dessus, il l'applique également à une partie de notre beau pays que des ennemis jaloux et envieux voudraient rapetisser à leur niveau. En effet, stature, tempérament, constitution, couleur de cheveux, caractère, tous les traits contrastent entre les habitants des deux rives de la Meuse : le langage même, qui est formé d'un mélange de toutes les langues de la civilisation, traduit aussi les différences de caractère.

Messieurs, si l'étude des langues est utile aux philosophes et aux historiens, la connaissance en est indispensable aux hommes qui pratiquent la médecine.

Celui qui professe notre science est appelé à remplir un des plus beaux ministères parmi ses semblables : ce n'est pas seulement le corps qu'il doit guérir d'un mal rongeur, c'est encore le baume de la consolation qu'il doit répandre dans le cœur des malheureux souffrants, dont le moral est bien souvent plus malade que le physique. Autant le médecin est-il digne de ce nom, lorsque ses vastes connaissances le mettent au-dessus de toutes les professions libérales et industrielles, autant en est-il indigne, lorsque, dédaignant de s'instruire, il exploite sa profession en industriel.

Le médecin, le seul être vraiment cosmopolite dans toute l'acceptation du mot, peut-il ignorer les quatre langues de la civilisation, à une époque surtout où la langue savante des Romains n'est plus capable de traduire les découvertes, ni de répondre aux exigences du génie observateur ? que fera-t-il lorsqu'un Anglais, un Italien ou un Allemand réclamera ses soins ? que fera-t-il lorsqu'il devra puiser dans des ouvrages étrangers, les documents souvent indispensables à son instruction ? Je sais que la paresse et l'ignorance se prévalent de plusieurs raisons plus spécieuses que fondées, plus honteuses que solides, pour s'excuser sur la difficulté d'une étude qui agrandit le champ des idées tout en multipliant les connaissances ; je sais que des hommes qui professent la médecine en charlatans et l'exploitent en industriels, qui mettraient, s'ils le pouvaient, notre honorable profession en commandite, sont les premiers, une fois diplômés, à rejeter, à blâmer toute étude quelconque, excepté celle de l'intrigue ; mais ces Figaros modernes ne nous donneront jamais le change ni sur leurs capacités, ni sur leurs caractères : ils portent leur enseigne avec eux. Ce n'est d'ailleurs pas à ceux qui déshonorent tous les jours de plus en plus la profession médicale que je m'adresserai, mais bien à ces jeunes méde-

(1) Ce mémoire a été inséré dans le n° de janvier des Annales, page 1.

cins instruits qui sentiront toute l'importance de l'étude des langues; c'est aussi en eux que la Belgique trouvera plus tard des hommes qui l'illustreront par des ouvrages qui feront sortir la médecine belge des langes routinières, et la rendront comme autrefois, honnête, savante et estimée de tous les peuples civilisés.

En vous donnant une idée du travail remarquable de notre collègue, vous sentirez facilement, Messieurs, combien il est difficile de faire un rapport sur une réunion de faits analytiques qui forment un tout caractéristique, dont on ne peut briser la chaîne sans devenir obscur et dont il n'est pas possible de vous en donner une teinte, sans copier tout l'ouvrage.

Je me permettrai de faire, ici, une observation sur l'habitude que nous avons de faire continuellement des rapports sur tous les ouvrages qui sont lus à la Société. Un rapport, à mon avis, ne doit être exigé que là où il y a doute, contestation ou lorsque l'ouvrage présenté est trop long pour en donner lecture; mais lorsqu'il n'y a rien de tout cela, lorsque les faits dont on donne connaissance sont clairs, probants, pourquoi vouloir des rapports qui ne sont alors que des passe-temps littéraires? Croyez-moi, Messieurs, et cela dans l'intérêt de la Société, de notre temps et de notre réputation, déshabituons-nous de cette phrasionomie, n'imitons pas ces Sociétés qui, à l'instar de l'éponge qui boit indifféremment l'eau de source et l'eau de bourbier, paperassent mensuellement. Une fois pour toutes, admettons à l'impression, tout ce qui, à la lecture, et tout ce qui soumis à une sage et savante discussion aura été reconnu bon et utile. Je fais des vœux, Messieurs, pour que vous compreniez toute ma pensée, afin que notre sagesse donne à notre Société ce caractère progressif qui la dégagera de toutes ces formes surannées qui retardent notre marche en nous faisant perdre un temps précieux.

Je conclus en proposant que le travail intéressant du docteur Meisser soit livré à l'impression, en le priant toutefois de continuer une œuvre aussi utile à l'humanité qu'elle sera honorable pour notre Société.

Bruxelles, le 3 septembre 1838.

Dr Mourremans, *rapporteur*.
André Uytterhoeven, *Commissaire*.

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

—

Cas remarquable de pathologie chirurgicale, présenté à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, dans sa séance du 1er octobre 1838; par le docteur Victor Uytterhoeven, membre résidant.

La mère et le frère de M. N...; négociant, sont morts phthisiques. M. N..., père de l'enfant qui fait le sujet de cette observation, a craché plusieurs fois le sang, et vit sous l'influence d'une pneumonie latente. Sa femme, d'une constitution lymphatique, scrofuleuse, possède une déviation très-prononcée de la colonne vertébrale, est sujette à une toux sèche et à des attaques de nerfs fréquentes; son accouchement s'est opéré facilement mais a été suivi d'une gastro-entéro-céphalite avec délire périodique. Cette maladie, et la faiblesse extrême des membres inférieurs qu'elle conserva plusieurs semaines après, la forcèrent de renoncer aux devoirs si chers à une mère, ceux de nourrir elle-même son enfant, et de le confier à une nourrice saine et robuste.

Contre toute probabilité, cet enfant naquit bien portant et n'a été atteint d'autre affection morbide importante que la petite-vérole volante, et malgré l'opération de la vaccine qu'on lui pratiqua depuis, aucune indisposition grave ne rompit l'équilibre de ses fonctions organiques. A l'âge de six semaines environ, il lui vint dans la région orbitaire droite, au-dessus du tendon du muscle orbiculaire, une petite tumeur de la grosseur d'un pois, sans adhérence avec la peau, ni les fibres de l'orbiculaire que l'on pouvait saisir et soulever sans tirailler la tumeur. La pression exercée sur elle la faisait disparaître sans aucune douleur, mais les cris de l'enfant la rendaient plus saillante.

L'examen le plus approfondi ne faisait découvrir aucune altération des tissus orbitaires.

Je restai quelque temps dans le doute sur la nature et l'origine de cette tumeur, et me décidai à m'en tenir à l'observation. Voici ce que j'observai quatre semaines plus tard. Elle augmenta de volume, prit une teinte bleuâtre, et bientôt apparurent sur la peau qui la recouvrait de nombreux vaisseaux sanguins d'une distribution irrégulière, mais formant un lacis peu serré sur le sommet de la tumeur.

Dès lors mes doutes se dissipèrent, j'avais à combattre une tumeur érectile, et le développement ultérieur de l'affection fortifia mes convictions.

Les cris de l'enfant la rendaient violette et en augmentaient le volume. Une pression graduellement exercée l'effaçait totalement. Levait-on le doigt, elle reparaissait peu à peu; les parties voisines étaient saines; l'œil ne déviait point de son axe normal; mais la conjonctive palpébrale, découverte en élevant la paupière supérieure, offrait une altération de couleur sensible vers le grand angle où elle était en rapport avec la tumeur. En formant un pli comprenant la peau et le muscle orbiculaire qui recouvraient la tumeur on s'apercevait que celle-ci croissait aux dépens de la totalité de la paupière. Du reste, il y avait absence des battements, et la compression des artères carotides exercée soit isolément, soit simultanément n'avait aucune influence sur sa configuration ni sur sa couleur.

Le mal n'a cessé de faire des progrès, de sorte que la direction de l'œil devint vicieuse. On s'aperçut bientôt que cet organe était repoussé en dehors et en avant. Lorsque l'enfant voulait fixer un objet il devait porter la tête en arrière et sur l'épaule gauche pour faciliter l'ouverture presque impossible des paupières.

La tumeur parut composée de deux parties distinctes: l'une se montrait à l'endroit de sa naissance, au-dessus de la commissure interne des paupières, l'autre embrassait la moitié interne du voile palpébral supérieur. Cette division était due à la présence d'un sillon peu profond résultant de la tension de la peau produite par le développement de la tumeur.

Le lacis de petits vaisseaux sanguins embrassait totalement la tumeur; il fournissait aux régions

voisines une foule de ramifications vasculaires dans un cercle limité par le nez, le sourcil, le cartilage tarse et la tempe droite dont les vaisseaux dilatés s'anastomosaient avec elles.

Comme je n'avais aucune confiance dans les topiques (astringents, réfrigérants), vantés généralement contre les tumeurs érectiles, craignant leur action destructive, et voyant l'impossibilité d'exercer une compression permanente sur une tumeur située dans une région aussi mobile, et où je ne trouvais aucun point d'appui capable de rendre cette compression efficace; ne pouvant d'ailleurs me fier à la tranquillité d'un enfant aussi jeune, je m'étais borné dans les premiers temps de l'accident à recommander aux personnes chargées de soigner le petit être, de comprimer la tumeur au moyen du doigt, le plus souvent possible, et surtout pendant qu'il jeterait des cris, et de diriger la compression vers la paroi interne de l'orbite, endroit où la maladie semblait prendre origine. J'avais recommandé d'éviter tout ce qui pouvait éveiller en lui des émotions trop vives ou occasionner des efforts, de lui procurer enfin le plus grand calme possible, j'avais prescri en outre une nourriture peu substantielle, et quelque léger lénitif.

Ce traitement en quelque sorte négatif n'eut aucun résultat appréciable dans le développement de la tumeur. Sa marche constamment envahissante me décida à proposer aux parents le seul moyen capable de l'arrêter et de le combattre efficacement. Ce moyen, c'était l'opération, c'est-à-dire l'extirpation de la tumeur jusque dans ses dernières ramifications. Lorsque cette proposition fut faite, le peu d'altération de la peau et de la conjonctive me donnait quelque espoir de conserver ces parties ainsi que la totalité de l'orbiculaire malgré ses adhérences et sa confusion avec celles-ci.

MM. Graux et Feigneaux auxquels je soumis mes projets, dans une consultation provoquée quelques jours après, appuyèrent mes vues de toute l'autorité de leur savoir, sans se dissimuler les dangers que courerait l'enfant durant l'opération, et les chances incertaines qu'elle offrait dans ses résultats.

Voici le procédé auquel je m'étais arrêté et que mes confrères adoptèrent :

Pratiquer une incision dans la direction d'une ligne partant de l'arcade orbitaire à la hauteur du trou orbitaire et se dirigeant obliquement vers la racine du nez ;

Faire une deuxième incision partant de ce point et longeant la partie moyenne du nez pour former avec la première un angle dont l'ouverture embrasserait en quelque sorte la tumeur et les tissus malades ;

Saisir l'angle du lambeau résultant de ces incisions, l'isoler en dédolant pour pénétrer derrière la tumeur sans l'entamer. Le manche du scalpel devait être d'un grand secours dans cette dissection, opérée dans le but de connaître le volume réel de la tumeur, la direction de ses racines, ses rapports et enfin son étendue dans la cavité orbitaire ;

Terminer l'opération par la ligature au delà de ses limites, et l'excision au moyen des ciseaux ou du bistouri.

Inutile de dire que toutes les précautions nécessaires devaient être prises pour arrêter l'hémorrhagie que la lésion du tissu érectile ou des vaisseaux aurait provoquée.

Ce plan d'opération fut donc adopté, et le jour, choisi pour son exécution, arrêté. Mais avant d'y procéder et pour couvrir notre responsabilité, mes confrères et moi nous exposâmes au père l'incertitude attachée au succès d'une opération dont la gravité était réelle. Il était en effet probable que l'enfant jeterait des cris continuels et qu'en se débattant pendant l'opération il s'exposerait aux dangers d'une hémorrhagie, d'autant plus à craindre que l'on devait opérer sur des tissus gorgés de sang et partout sillonnés de vaisseaux considérablement dilatés. Des convulsions pouvaient d'ailleurs entraver l'opération et la compliquer singulièrement. La profondeur de l'origine de la tumeur ne pouvait-elle pas forcer l'opérateur à l'extirpation du globe de l'œil? N'étions-nous pas autorisés à craindre l'influence funeste de cette opération sur le cerveau, organe doué d'une extrême susceptibilité, surtout à un âge aussi tendre? Enfin, et malgré toutes les précautions, la maladie pouvait se reproduire. (Nous ne jugeâmes pas à propos de détailler au père les raisons toutes médicales et peu favorables à l'opération, raisons fondées sur le physique frêle et chétif d'un enfant héritier d'ailleurs sinon des maladies de ses parents, du moins de leur constitution organique.)

M. N... était alors au lit sous le poids d'une hémoptysie grave. Il nous engagea à différer l'opération qui fut remise indéfiniment. Les autres ressources de la chirurgie furent rejetées et l'on se borna à observer la marche des accidents.

Depuis cette époque la maladie a fait des nouveaux progrès. Les deux lobes de la tumeur sont plus saillants, la peau de la paupière et la portion de conjonctive en rapport avec la tumeur sont plus altérées et offrent les caractères généraux de la tumeur. Les vaisseaux sont plus dilatés, se répandent au loin et couvrent par un lacis plus serré encore presque toute la paupière supérieure. L'œil est plus fortement dévié de son axe et semble un peu sortir de son orbite. Le procédé opératoire proposé devrait donc, quant à la conservation de la paupière supérieure, subir de notables modifications, et l'opération actuellement nécessaire laisserait des traces d'une bien autre importance qu'une cicatrice à peine visible, seul vestige du premier procédé.

En effet, aujourd'hui on se trouverait forcé d'enlever au moins la moitié de la paupière supérieure pour éviter la reproduction du mal. L'enfant serait horriblement défiguré et exposé aux inconvénients qui résultent de l'exposition continuelle de l'œil à l'air atmosphérique et aux rayons lumineux, dans

la supposition, toute gratuite même, où le globe oculaire pourrait être respecté.

Il allait m'échapper de parler du moyen que le docteur Thevissen, également consulté, avait proposé. C'était de comprimer la tumeur avec un appareil dont l'application me parut impossible, mais qui avait pour but de provoquer la suppuration de la tumeur pour obtenir ainsi sa destruction totale.

Supposons cette compression possible, était-il sûr d'en borner l'action ? N'aurait-il pas au contraire produit une eschare gangréneuse dont la chute eût provoqué une hémorrhagie que la nature de l'affection rendait extrêmement dangereuse sinon mortelle.

Il m'a donc paru rationnel de ne point mettre à exécution la proposition du docteur Thevissen et de me borner à continuer la méthode curative que j'ai suivie jusqu'à ce jour. Le docteur André Uytterhoeven consulté depuis, émit le même avis.

En vous présentant cet enfant, messieurs, j'ai voulu appeler votre attention sur une affection chirurgicale assez fréquente, mais peu commune dans la région où elle s'offre ici. Cette région est profonde, abondamment pourvue de vaisseaux et de nerfs, voisine du cerveau dont la susceptibilité est grande à cet âge, et présentant dans son aire l'organe visuel dont la mobilité est extrême et à la conservation duquel se rattachent des intérêts d'avenir et de bonheur.

J'ai pensé que la discussion à laquelle ce cas chirurgical allait donner lieu dans le sein de votre Société provoquerait l'attention des hommes de l'art sur les moyens les plus propres à combattre les tumeurs érectiles : car les succès des traitements opposés à ces affections ne se trouvent pas inscrits en grand nombre dans les annales de la chirurgie.

—

Rapport sur l'observation qui précède, lu dans la séance du 7 janvier 1839.

Messieurs,

Dans la séance du 1er octobre dernier, la Société nous a chargés de vous faire un rapport sur un cas remarquable de pathologie chirurgicale, communiqué par M. le docteur Victor Uytterhoeven.

Après avoir examiné avec attention le travail de notre confrère, et comparé avec lui les résultats que nous a fournis l'examen de l'enfant, sujet de l'observation, nous ne pouvons qu'applaudir au soin avec lequel il a tracé l'histoire du cas pathologique dont il est ici question.

D'après les symptômes présentés au début, mais surtout pendant le cours de la maladie, nous sommes tout à fait d'accord avec M. Uytterhoeven, que cet enfant est atteint à la paupière supérieure droite d'une tumeur, appelée *tumeur érectile* par les médecins français et *télangiectasis* par les Allemands.

Ne pouvant retracer ici tous les symptômes décrits avec détail par notre confrère, nous nous bornerons à signaler, comme le plus digne de remarque :

1° Que l'aïeule et l'oncle de l'enfant sont morts phthisiques, que le père lui-même a eu plusieurs hémoptysies et qu'il vit sous l'influence d'une pneumonie latente, enfin que sa femme, d'une constitution lymphatique, scrofuleuse, est affectée d'une déviation très-prononcée de la colonne vertébrale et, de plus, en proie à une toux sèche et à de fréquentes attaques de nerfs ;

2° Que, bien qu'il existe sans doute chez l'enfant d'après ce que nous venons de dire plus haut, une disposition héréditaire à des affections du système vasculaire et lymphatique, la tumeur n'est pas congéniale et ne s'est montrée qu'environ six semaines après la naissance sous la forme d'une télangiectasie sous-cutanée, élastique et ne s'accompagnant d'aucune altération des tissus orbitaires ;

3° Que la tumeur s'est développée et accrue avec une rapidité étonnante, puisqu'elle recouvre dans ce moment la paupière supérieure tout entière, et qu'elle s'est étendue à une partie de la conjonctive palpébrale et a même donné lieu à une déviation de l'axe de l'œil droit, qu'elle semble faire sortir de son orbite.

Quant à la nature de cette tumeur érectile, elle nous paraît devoir son origine à une agglomération des radicules ou des origines capillaires des veines de la paupière supérieure, car ce n'est que plus tard qu'elle a affecté l'autre système vasculaire, renfermé dans la peau et le tissu cellulaire ainsi que dans la conjonctive palpébrale. Ce qui prouve beaucoup pour cette assertion, c'est que M. Uytterhoeven n'a découvert dans la tumeur aucune pulsation et que, selon lui, la compression des artères carotides, exercée soit isolément soit simultanément n'avait d'influence ni sur la configuration ni sur la couleur de la tumeur.

A l'égard du traitement, tout en approuvant les moyens en quelque sorte négatifs et les compressions très-légères, par lesquelles M. Uytterhoeven a essayé dans le principe d'enrayer la marche de la maladie, nous sommes néanmoins persuadés, qu'il aurait mieux atteint ce but, si le diagnostic eût été moins obscur au début et si les circonstances lui eussent permis de recourir d'assez bonne heure à l'extirpation ou à la destruction de la tumeur par la cautérisation.

Quant à la proposition faite par notre confrère dans une consultation avec MM. Feignaux et Graux, de combiner l'excision de la tumeur avec l'emploi de la ligature, nous pensons avec lui que cette opération eût été très-convenable à l'époque où elle fut proposée. Nous ne pouvons que regretter que des obstacles insurmontables se soient opposés à l'exécution de cette proposition.

Nous ne saurions du reste émettre une opinion

relative au conseil donné à M. Uytterhoeven par le docteur Thevissen, de combattre la tumeur au moyen d'un appareil à la fois compressif et destructif, puisque notre collègue ne nous en a pas communiqué les détails.

Dans l'état actuel de l'enfant, chez lequel la telangiectasie a pénétré tous les tissus de la paupière supérieure jusqu'à la conjonctive elle-même, une extirpation au moyen du bistouri nous paraît tout à fait inexécutable, non-seulement à cause de l'hémorrhagie mortelle, qui pourrait en résulter, mais aussi parce qu'elle entraînerait la perte de toute la paupière avec une difformité terrible, sans promettre de résultat satisfaisant, notre collègue avouant lui-même, que l'œil est déjà dévié de son axe et commence à sortir de son orbite.

Nous pensons néanmoins, qu'on pourrait encore essayer un ou plusieurs des procédés opératoires suivants :

1° *La ponction d'après Hall* (Voyez Rust, *Manuel de chirurgie*, vol. XVI, p. 133), lequel conseille de passer, à différentes reprises, à travers la tumeur des aiguilles de grandeur convenable et de provoquer par là une inflammation traumatique, une coagulation do sang et enfin des exsudations plastiques. M. Hall prétend que l'on peut ainsi rétablir dans les différents trajets parcourus par les aiguilles la texture normale, et que la tumeur ne manque pas de disparaître sous l'influence de plusieurs ponctions consécutives.

M. Lallemand (*Archives générales de médecine*, avril 1835), a employé avec beaucoup de succès un procédé à peu près analogue. Ce procédé consiste à enfoncer dans la tumeur, tant à sa base qu'à son sommet, et cela en sens divers, des aiguilles ou des épingles à insectes dans le but d'exciter des inflammations partielles, qui, se terminant par la cicatrisation des trajets parcourus par ces corps étrangers, convertissent le tissu érectile en tissu fibreux.

2° *La cautérisation avec la potasse caustique, d'après la méthode de Chelius et de Wardrop* (V. Rust, p. 130). On applique tous les deux ou tous les trois à quatre jours ce caustique sur un morceau de diachylon percé d'une ouverture qui correspond à la partie que l'on veut détruire, jusqu'à ce qu'il se soit formé une eschare profonde. M. Chelius prétend que le caustique exerce plutôt son action sur le tissu altéré par la telangiectasie que sur la peau saine, qu'il ne reste après son emploi rien de morbide et qu'il n'offre aucun danger. Il assure en outre, avoir obtenu par ce procédé une guérison prompte et complète à l'aide d'une cicatrice régulière, à peine visible. D'après Wardrop, la tumeur diminue graduellement au-dessous de l'eschare qui la recouvre et finit par disparaître tout à fait, si la cautérisation a été pratiquée sur toute la tumeur. Pour lui, il préfère ce moyen à l'excision ; il prétend même l'avoir employé avec le plus grand succès dans des cas de tumeurs érectiles très-volumineuses, et il cite à l'appui de son assertion la guérison d'un enfant, qui présentait sur le muscle pectoral une tumeur d'une telle étendue, que l'enfant ne savait pas toucher le côté malade avec le bras.

3° *La ligature d'après le procédé de Lawrence*, en passant à travers la tumeur deux fils assez forts, dont on lie les extrémités au-dessus et au-dessous de la tumeur.

Brodie (*Medico-chirurgical transactions*, vol. XV, part. I.) a fait aussi la ligature avec succès, mais d'une manière différente. Il traverse la tumeur tout près de sa base avec une aiguille à bec-de-lièvre ; au-dessus de cette aiguille il passe une sonde qui croise la direction à angle droit ; cette dernière pour deux ligatures, qui sont liées séparément comme dans le procédé de Lawrence, mais en passant au dessous de l'aiguille à bec-de-lièvre.

4° *Le séton d'après les méthodes de Syme, Fawdington*, etc. On traverse la tumeur avec un ou plusieurs fils doubles assez épais pour combler le trajet pratiqué par l'aiguille, armée des fils, afin d'éviter une hémorrhagie et de provoquer une réaction et une suppuration convenables. On prétend avoir vu disparaître par ce procédé des télangiectasies très-volumineuses. Il offre du reste l'avantage de ne laisser d'autres traces que la cicatrice du trajet pratiqué par l'aiguille.

Pour nous, des différents procédés opératoires que nous venons d'exposer, nous croyons devoir préférer la cautérisation, qu'on pourrait faire suivre de la ligature et en dernier lieu du séton, dans le cas où l'on n'en obtiendrait pas un résultat satisfaisant.

Quant aux autres moyens conseillés par les auteurs, savoir : la vaccination de la tumeur, la cautérisation au moyen de l'acide nitrique, du chlorure de zinc, etc., nous les passerons sous silence, puisque nous ne nous en promettons dans ce cas grave aucun effet favorable. Il en est de même de la ligature de l'artère carotide ou des artères qui alimentent la tumeur, puisque la tumeur en question a pris sans doute son origine dans les vaisseaux veineux de la paupière, M. Uytterhoeven assurant que la tumeur n'a pas présenté à son début de battements et que la compression des artères carotides n'a eu d'influence ni sur la configuration ni sur la couleur de la tumeur.

Nous estimons enfin, messieurs, le travail de M. Uytterhoeven assez intéressant pour vous proposer son insertion dans les Annales de la Société. Nous prierons en même temps notre collègue, de vouloir bien nous communiquer plus tard le résultat du traitement qu'il aura cru devoir adopter.

Bruxelles, le 3 janvier 1839.

Dr Riecken, *rapporteur*.
J.-R. Marinus, D. M.
J. E. Lequime,
Daumerie, *commissaires*.

Observation de catarrhe vésical (cystite muqueuse) *guéri en peu de jours par l'usage de la térébenthine*, lue dans la séance du 5 novembre 1838; par M. le docteur DAUMERIE, membre résidant.

Un vieillard âgé de 75 ans, me pria de le visiter le 4 juillet dernier. Cet homme me fit la narration suivante de sa maladie : *Depuis plusieurs années*, me dit-il, *je lâchais l'eau avec peine, le besoin d'uriner était fréquent et parfois tellement impérieux que l'excrétion se faisait involontairement. Depuis 3 ans environ je commençais à éprouver une sensation de chaleur et même de douleur chaque fois que j'émettais l'urine; insensiblement ma maladie augmenta au point que depuis plus d'une année, je n'ai plus de repos ni jour ni nuit.* Le patient m'offrit les symptômes qui suivent : pouls plus fréquent, peau plus chaude que dans l'état naturel, facies assez bon, voies digestives légèrement altérées, constipation, langue un peu sèche, pas trop d'émaciation malgré ses longues souffrances, parce que le malade était auparavant d'une constitution très-robuste; il était forcé d'uriner toutes les demi-heures à peu près; le liquide évacué en petite quantité et avec dysurie était trouble d'abord, et présentait après s'être refroidi un dépôt mucoso-sanguinolent égalant le quart au moins le l'urine excrétée; celle-ci, par sa fétidité, affectait désagréablement l'odorat. Outre l'affection dont nous venons de parler, ce malade nous présenta encore un engorgement presque indolent du testicule droit compliqué d'épanchement dans la tunique vaginale; cette tumeur ne le gênait que par son poids et son volume; il ne s'en plaignait pas et se bornait à la soutenir au moyen d'un suspensoir. Le traitement antiphlogistique et la décoction d'uva ursi avaient formé la base de la médication antérieure. Rien n'avait pu amender le triste état du patient. Après m'être assuré, autant que possible, de l'absence de tout calcul vésical et de l'intégrité du reste des organes uro-poïétiques, je crus avoir affaire à une cystite chronique (catarrhe vésical) et je m'empressai de lui prescrire la térébenthine dite *de Venise*, sous forme pilulaire, à la dose de douze grains par jour, et des minoratifs; je lui conseillai de se relâcher un peu de la sévérité de son régime et je lui permis de manger un peu de viande. Quatre à cinq jours de ce traitement rendirent les urines beaucoup plus claires; le dépôt mucoso-sanguinolent diminua considérablement, et quatre à cinq jours plus tard l'urine offrit un aspect normal; la matière muqueuse et le sang disparurent avec la douleur, la chaleur et le besoin fréquent d'uriner; les forces revinrent ainsi que l'appétit et le repos. Cet état se prolongeant encore aujourd'hui ne fut interrompu que par un œdème des extrémités inférieures, qui disparut à l'approche d'un flux diarrhéique. Déjà deux fois ces infirmités se sont succédées. J'ai pensé qu'elles remplaçaient d'une manière supplémentaire l'ancienne sécrétion morbide de la muqueuse vésicale. J'ai combattu, ou plutôt j'ai tâché de modérer ces deux affections, l'une par de légers diurétiques, l'autre par l'opium. L'état du sujet de cette observation est en ce moment aussi satisfaisant qu'il est possible de le désirer.

Mon but, en vous présentant cette observation, messieurs, n'a pas été de vous la faire envisager comme un cas rare de pathologie, ni comme un cas traité par une médication nouvelle; mais tout simplement comme une maladie très-fréquente, très-commune et dont le traitement par la térébenthine est connu de tout praticien instruit. Je vous le confesserai, je ne suis enthousiaste ni du merveilleux, ni du neuf, et contrairement à l'opinion de plusieurs confrères, je pense faire plus pour le bonheur de l'humanité en tâchant d'éclairer ou de fortifier le praticien sur la nature et le traitement des maladies fréquentes, qu'en m'attachant à n'offrir que des histoires de maladies rares et exceptionnelles; parce que je regarde un bien comme d'autant plus grand, qu'il peut être plus souvent répété. A présent que l'usage de la térébenthine peut être regardé, à juste titre, comme une médication en quelque sorte spécifique dans le traitement du catarrhe vésical, me sera-t-il permis, messieurs, de vous présenter quelques réflexions sur l'action médicamenteuse de cette substance? La propriété active de ce médicament doit être attribuée, pense-t-on, à la résine et à l'huile essentielle qu'il contient. Comment agissent ces deux principes? Est-ce en déterminant une révulsion sur le tube gastro-intestinal, comme le prétendent les broussaisiens, que la térébenthine guérit les catarrhes de la vessie? Est-ce que le médicament, absorbé et entraîné par les voies circulatoires jusques dans la vessie, va y déterminer un mode particulier de stimulus qui anéantit l'action morbide; et le médicament agit il alors d'une manière substitutive ou homœopathique? ou bien la térébenthine agit-elle en exerçant une action sur les fluides qui se trouvent modifiés de manière à ne plus fournir qu'une urine naturelle et normale qui, par sa nature et sa qualité, ne renferme plus rien d'irritant pour la muqueuse vésicale? Avant d'asseoir notre avis, il serait convenable, me paraît-il, d'étudier l'action du remède : pris à grande dose, ou déposé dans des organes digestifs très-sensibles nous le voyons produire de l'ardeur et de la sécheresse dans la bouche et le pharynx; bientôt après surviennent de la douleur, du malaise épigastrique, des nausées, de la soif, etc., etc. Alors ou le médicament est rejeté par le vomissement, ou il passe dans les intestins où, après avoir causé divers malaises, il est évacué par les selles; dans ces deux cas, l'absorption a été nulle ou presque nulle; toute l'action médicamenteuse s'est bornée là, et l'état vésical n'en éprouve aucune modification. Lorsque la térébenthine, au lieu d'être exonerée par les évacuations gastro intestinales est au contraire absorbée, on la voit parfois augmenter l'action cardiaque et artérielle donner lieu à une excitation cérébrale, à une anxiété

précordiale, en même temps qu'elle élève la température de la peau ; incontinent après, le sujet éprouve un sentiment de gêne et de pesanteur aux régions rénales et hypogastrique, du ténesme vésical, quelquefois même de la dysurie, le tout suivi d'un flux plus abondant d'urine exhalant une odeur de violette très-prononcée. Ces divers symptômes sont plus prononcés dans l'état pathologique de la vessie. Dans d'autres circonstances, surtout lorsque la substance médicamenteuse est employée à dose modérée, on n'observe pour ainsi dire aucun des phénomènes ci-dessus mentionnés, et on remarque seulement une amélioration dans la cystite catarrhale, quand la térébenthine est administrée contre cet état pathologique. Revenons aux diverses hypothèses énoncées plus haut et disons que l'opinion des praticiens dits *physiologistes* nous paraît devoir être rejetée ; parce que l'action de la térébenthine est d'autant plus sensible dans le catarrhe vésical, qu'elle manifeste moins de phénomènes excitatifs et sécréteurs ; et parce que des remèdes plus actifs qu'elle, n'amènent aucun amendement dans l'affection de la vessie. Je me rangerai donc du côté des partisans de la seconde hypothèse, et j'admettrai une substitution d'excitation. Mais d'où vient que cette substitution n'a lieu, pour ainsi dire, qu'en faveur de la muqueuse vésicale ? pourquoi la membrane muqueuse uréthrale, la bronchique, la gutturale, la gastro-intestinale n'en éprouvent-elles pas la même influence ; pourquoi en un mot cette action élective de la térébenthine ? Il y a là, messieurs, quelque chose qui surpasse notre intelligence ; il y a là ce fameux *nec plus ultrà* qui arrête toute explication. Il est vrai que ce médicament agit aussi sur les autres muqueuses ; mais son effet est bien moins certain, moins sensible, et ne porte plus ce cachet spécial de faveur prédilective. Une preuve encore que la térébenthine agit comme je le pense, c'est qu'administrée topiquement par voie d'injection dans la vessie, elle fait le même effet qu'en la confiant au ventricule. Cette dernière considération est de nature à renverser la troisième hypothèse à laquelle je crois inutile de m'arrêter ici.

Aux trois systèmes dont je viens de vous entretenir, les contro-stimulistes pourraient ajouter le leur et soutenir que le remède guérit en produisant un effet contro-stimulant ou *astimulant ;* mais alors comment expliqueraient-ils l'action excitante que dans certaines occurrences, il détermine dans la vessie ? Au premier abord, messieurs, vous pourriez confondre peut-être l'action substitutive avec la contro-stimulante ; mais ne nous y trompons pas ; la différence est immense, la première agit à *stimulant*, tandis que la seconde le fait en *déprimant*. Pour me résumer, je dirai que la térébenthine agit dans le catarrhe vésical en substituant une excitation nouvelle à l'ancienne qu'elle détruit ; c'est donc la thérapeutique homœopathique comme l'entendent MM. Trousseau et Pidoux. A présent, messieurs, je vous demanderai la permission d'entrer avec vous dans le domaine de la thérapeutique envisagée d'une manière large et presque générale : la térébenthine dont les bons effets dans les flux muqueux avaient déjà été annoncés par Hippocrate, jouit aujourd'hui d'une réputation bien méritée. Mais comment a été découverte cette merveilleuse propriété ? par le hasard, je pense ; car il n'est pas présumable que ses qualités physiques et chimiques aient pu mettre *à priori* sur la voie de son usage. Ne pourrions-nous pas en dire autant du quinquina, du mercure, de l'or, du soufre, de la belladone et d'une foule d'autres médicaments ? La médecine dans son application est-elle condamnée à rester éternellement renfermée dans les langes du hasard, cet être aveugle dont les opérations enfantent aussi généreusement le mal que le bien ? ou bien aurons-nous un jour le bonheur de trouver un guide éclairé qui nous indiquera la vraie route qui conduit à la découverte de l'action des médicaments ? Hahnemann, messieurs, ce réformateur hardi dont vous êtes loin, comme moi, d'approuver les applications thérapeutiques a, depuis plus de trente années, senti le côté faible de la thérapeutique ; il a éprouvé le besoin de sortir de l'ornière vulgaire. Ayant remarqué que certains médicaments administrés dans l'état physiologique produisaient des symptômes anormaux, que les mêmes substances enlevaient au contraire dans l'état pathologique, Hahnemann, dis-je, proclama sa doctrine *similia similibus curantur*, et indiqua deux voies pour arriver à la découverte de la vertu des médicaments : *l'expérimentation pure, et l'expérimentation clinique.* La dernière nous la connaissions ; elle a toujours été le guide des praticiens. Cette expérimentation pure, comme l'entend le chef des homœopathes, est peut-être moins une chimère que la plupart de nous se complaisent à le dire, et l'exemple de la térébenthine semblerait prouver aussi en faveur des opinions hahnemaniennes, puisque cette substance détermine une excitation des organes uro-poiétiques et de la vessie en particulier, et qu'il est avéré d'autre part qu'elle guérit la cystite au moins dans l'état chronique ; je dis au moins dans l'état chronique, car si nous ajoutons foi à certaines observations nous sommes forcés de reconnaître qu'elle a également réussi dans la phlegmasie aiguë de la vessie. L'*Encyclographie médicale* vient de nous en citer un exemple. Je finirai, messieurs, en engageant les hommes chargés d'inculquer à la jeunesse les connaissances précieuses de la thérapeutique à ne point négliger ce moyen (l'expérimentation pure) d'arriver à découvrir la vertu de nos substances médicamenteuses ; et à le réunir à ceux que leur fournissent l'observation clinique, la physique, la chimie, etc., etc.

A. J. Daumerie. D.

Rapport sur l'observation qui précède (1).

Messieurs,

Dans une de vos dernières réunions, M. Daumerie vous a présenté l'observation d'un catarrhe vésical guéri en peu de jours par la térébenthine. Cette communication ne renferme, comme le dit l'auteur lui-même, aucun fait nouveau; mais elle nous paraît très-remarquable, parce qu'elle signale le déplorable abandon où l'étude des médicaments est laissé par un grand nombre de médecins. Nous sommes aussi parfaitement d'accord avec notre honorable collègue qu'il vaut mieux, pour la pratique, de multiplier les communications sur les effets des remèdes connus, que de communiquer des cas rares. Mais nous ne saurions donner la même appréciation au développement théorique que l'auteur donne à la suite de son observation. Il se demande de quelle manière la térébenthine agit sur la membrane muqueuse de la vessie. Est-ce en opérant une révulsion sur le tube gastro-intestinal ou en substituant une autre irritation à celle existant dans la vessie? ou enfin la térébenthine modifie-t-elle immédiatement les fluides sans irritation?

Après avoir réfuté la première opinion qui appartient à l'école dite physiologique (mot qui certainement a été rarement si mal placé), l'auteur se décide pour la seconde. Nous pensons que pour le présent il est impossible de donner une explication quelconque du phénomène qui nous occupe; et pour vous le prouver, permettez-nous de vous faire l'esquisse, un peu hardie peut-être, de l'état actuel de la médecine.

Messieurs, en parcourant l'histoire de la médecine, vous trouverez dans tous les pays et chez tous les peuples un petit nombre de médecins qui, fidèles observateurs, prennent leur expérience et celle des temps passés pour seul guide dans l'application des remèdes. Suivant en même temps la marche des sciences naturelles, les cultivant, ils appliquent leurs lois aussi souvent qu'elles reposent sur des faits invariables, mais plus souvent encore, ils professent sans hésiter leur ignorance quand il s'agit d'établir des lois générales. A côte de ces hommes peu nombreux, vous verrez la foule qui craint de suivre un chemin hérissé de tant de difficultés, qui mènera à un but certain et heureux, mais avec tant de lenteur! Ils préfèrent une loi simple, précise, facile dans l'application au lit du malade; malheureusement pour eux, il se trouve toujours des hommes doués d'esprit qui, entraînés souvent par ce penchant si naturel à l'homme de dévancer les faits par la théorie, d'autres fois, mus par des motifs moins purs, exercent leur sagacité à trouver de telles lois. Voilà, il nous semble, pourquoi il y a toujours eu des systèmes en médecine et pourquoi il y en aura encore pendant longtemps. En comparant les systèmes qui se sont suivis depuis Hippocrate, vous trouverez les noms changés, mais les choses sont restées les mêmes. Nous voyons les méthodiciens, par exemple, pour lesquels le relâchement et la tension des fibres sont les seules causes des maladies; nous voyons dans le 16me siècle de longues discussions à l'effet de savoir s'il y a putréfaction dans telle ou telle maladie ou non (par exemple à l'occasion de la grippe en 1580, entre Crato et Mercurialis); et dans des temps plus rapprochés de nous, un médecin ingénieux propose la sthénie et l'asthénie, comme seules causes de toutes les maladies, et la foule s'empresse d'adopter cette doctrine qui lui donne tant de facilité de traitement en divisant tous les remèdes en deux classes égales. Et l'école de Broussais diffère-t-elle beaucoup de celle de Brown? Comme lui, il suppose une cause simple et universelle à toutes les maladies, et cependant cette école, tout en s'appelant physiologique ne nous a pas éclairé sur l'inflammation, que l'école de Brown ne l'a fait sur la sthénie et l'asthénie. Nous ne méconnaissons certainement pas les services que Broussais a rendus à l'anatomie pathologique, nous voulions seulement établir que son système suppose des causes aussi inconnues que celui de Brown. Avant de poser l'inflammation comme base de toutes les maladies, il aurait fallu en déterminer la nature et observer ses phénomènes. Au point où la médecine est arrivée maintenant, nous pensons que les systèmes ne pourront jamais prendre racine si facilement. La méthode rigoureuse d'observation des sciences naturelles se propage de plus en plus. Mais il se passera des siècles avant que la médecine sera seulement à la hauteur de la physiologie actuelle, et en voici les raisons.

Des progrès immenses ont été faits depuis vingt ans dans le diagnostic des maladies, mais nos connaissances ne sont pas bien avancées ni sur la nature ni sûr le traitement des maladies. Quant à la première, nous savons très-bien, par exemple, que les poumons deviennent durs, rouges, non crépitants, nous appelons cet état hépatisation; c'est un mot qui signifie peu, comme M. Magendie l'a déjà fait remarquer. Ce changement s'opère-t-il par les vaisseaux capillaires? si c'est de la fibrine exsudée à travers leurs parois, comment cette séparation s'opère-t-elle dans le liquide sanguin qui contient la fibrine en dissolution, etc.? Nous savons très-peu sur ces phénomènes et nous voudrions déjà connaître la manière dont les saignées, les sels antiphlogistiques (pour rester dans le cas que nous venons de citer) agissent pour les faire disparaître!! Entrerons nous dans plus de détails pour prouver que dans le cas de M. Daumerie il est impossible de répondre à la question qu'il s'était posée? Mais si nous ne saurons jamais la cause dernière dans un phénomène de la vie, nous avons la plus grande espérance qu'on arrivera à une analyse si complète des phénomènes morbides, qu'il sera possible de fonder

(1) Lu dans la séance du 8 avril 1839.

des méthodes curatives plus exactes que celles que nous possédons. Trois moyens nous y conduiront : c'est l'observation physiologique et anatomique qui maintenant trouve un si puissant appui dans le microscope, l'analyse chimique et l'observation exacte des effets des remèdes. Il serait absurde de demander à chaque médecin de faire des observations microscopiques et des analyses chimiques, quoique nous ayons vu à Paris, des praticiens très-occupés, se livrer à ces recherches. Mais ce que nous devons demander aux médecins qui veulent faire avancer la science, c'est d'être à la hauteur de la physiologie de leur époque. A cette condition, nous pensons pouvoir enfin arriver à une appréciation des effets des médicaments.

Nous remarquons dans tous les pays cette tendance vers l'observation des effets des médicaments. On en sent la nécessité pour ne pas tomber dans l'erreur de ceux qui considèrent le cadavre comme l'objet principal des recherches du médecin. Déjà, par exemple, à Berlin, il vient de paraître un Traité de matière médicale, dont l'auteur, M. Mitscherlich, fait un grand nombre d'expériences et des analyses pour parvenir à des données plus exactes sur l'effet des médicaments. Nous pensons que cette entreprise surpassera les forces d'un seul, mais ses résultats déjà remarquables profiteront à la science. C'est aux Sociétés de médecine de s'occuper d'un sujet si grand et d'accueillir avec empressement ces sortes d'observations. Nous proposons en conséquence l'insertion du travail de M. Daumerie dans vos Annales.

Bruxelles, le 20 décembre 1838.

D[r] Gluge, *rapporteur.*
J. E. Lequime,
Meisser, *commissaires.*

Hydrocéphale chronique. Opération.

Susannah Cutler, âgée de treize mois, a été reçue dans le commencement de janvier 1839. Sa tête est énorme ; elle ressemble à une sorte de cône tronqué, placé horizontalement, et dont la base serait à l'occiput. En la regardant à travers la lumière, elle paraît généralement transparente, comme une vessie pleine d'eau, surtout à partir des oreilles en arrière. Mesurée circulairement au niveau des oreilles, elle offre 29 1/2 pouces de circonférence. Verticalement, ou d'une oreille à une autre, en passant par le sommet, 19 1/2 pouces.

La boule totale de la tête incline en arrière par son poids, de sorte que l'enfant ne peut crier si on ne lui soutient pas cette partie pour la fléchir en avant. Les sutures sont généralement ouvertes, et il est facile de voir à la fontanelle antérieure les battements du cerveau en synchronisme avec le cœur. En pressant avec le doigt sur ce point, on sent de la fluctuation, et cette fluctuation est surtout frappante si l'on comprime légèrement la fontanelle postérieure pour faire onduler le liquide. Pupilles dilatées, mais contractiles à la lumière ; strabisme léger. Les muscles oculaires paraissent un peu faibles et se contractent pourtant involontairement, car l'œil exécute incessamment des mouvements rotatoires. Du reste, le corps et les membres sont bien développés ; la santé générale paraît bonne ; l'intelligence fort faible. L'enfant n'a jamais éprouvé de convulsions.

Le commémoratif a appris : 1° Que la mère avait fait cinq autres enfants, et qu'ils étaient bien portants ;

2° Qu'étant enceinte de six mois de cet enfant, elle avait éprouvé une grande frayeur ;

3° Qu'en naissant, la tête de l'enfant était fort grosse, et que cette circonstance avait rendu l'accouchement fort long et fort laborieux, mais il s'était terminé spontanément ;

4° Que néanmoins on n'avait pas regardé cette circonstance comme un indice de maladie jusqu'à l'âge de cinq mois, où l'on a aperçu par hasard, contre les rayons du soleil, que sa tête était diaphane en arrière. Plusieurs traitements ayant été essayés sans profit, M. Tetlow a cru devoir tenter la ponction.

Le 23 février 1839, ce praticien a enfoncé un long trois-quarts fait exprès, sur l'endroit le plus transparent de la tête. Cet endroit est à côté de l'angle antérieur-supérieur du pariétal gauche. L'instrument a pénétré de cinq huitièmes de pouce avant de se trouver dans la poche aqueuse. La canule a donné issue à huit onces de liquide transparent et incolore. Ce liquide ayant été traité par l'acide nitrique et par la chaleur, ne s'est point coagulé.

Durant l'écoulement, le pouls a baissé considérablement, il marquait 120 avant ; l'enfant a paru fort faible et a vomi aussitôt. Un aide était chargé de tenir les parois de la tête, et de presser doucement à mesure que les eaux s'écoulaient. Aussitôt après, on a enveloppé la tête de larges bandelettes collantes et d'une bande légèrement compressive. L'ouverture de la ponction a été exactement bouchée après l'enlèvement de la canule. On a donné à l'enfant une potion calmante, il a paru mieux et a pris aussitôt le sein. Le soir, la tête est un peu chaude. Lotion rafraîchissante ; nuit bonne.

Le lendemain, état fort satisfaisant, l'enfant paraît gai et mieux portant.

Deux jours après, tête fort chaude, mouvements convulsifs, fièvre. Lotions froides à la tête, calomel.

Quatrième jour, mieux très-marqué. Les yeux n'offrent plus de strabisme ; les mouvements de ces

organes paraissent libres ; l'enfant peut soulever la tête et la faire mouvoir sans soutient; pas de fièvre; appétit bon, ventre libre, pouls, 114 ; le volume de la tête a manifestement diminué.

Huitième jour, le mieux est progressif, pas de fièvre ni d'autres symptômes.

A cette époque, l'enfant a pris froid, a été saisi d'une violente bronchite, et a succombé le lendemain, mais *sans strabisme ni convulsions.*

Autopsie. Les fontanelles sont affaissées, les téguments de la tête très-flasques. Mesurée horizontalement comme précédemment, la tête offre 22 pouces 1/2; verticalement ou d'une oreille à une autre, 13 pouces 1/2. On dissèque les téguments : les os sont écartés entre eux et incomplétement formés.

Dans la moitié antérieure, c'est-à-dire des oreilles au front, le cerveau avec ses membranes est exactement en contact avec les os.

Dans la moitié postérieure, on ne trouve, en place d'encéphale, qu'une énorme vessie pleine d'eau. Cette eau est limpide et sa poche s'étend jusqu'à la tente du cervelet. On lui donne issue à l'aide d'une ponction ; elle pèse 45 onces.

Aussitôt après cette évacuation, la partie supérieure du cerveau qui formait une des parois de cette énorme poche s'est affaissée en avant comme un sac qu'on vient de vider. L'épaisseur de cette écorce cérébrale est de trois quarts de pouce; sa consistance naturelle, et l'on peut y distinguer la substance cendrée de la médullaire.

On ne trouve, du reste, ni la grande faux, ni les circonvolutions cérébrales, ni la fissure longitudinale, ni le corps calleux, ni le septum lucidum, ni le septième ventricule; mais les parties placées entre la base et les ventricules latéraux existent à l'état normal. L'ensemble du cerveau et du cervelet ont pesé 1 livre 3 onces 3/4. Pas de signes d'inflammation dans cet organe ni dans ses enveloppes. Le trois-quarts avait pénétré sans blesser aucune partie du cerveau au dire de l'auteur. Le reste de l'autopsie n'a point été noté. (*Ibid.*)

Dans ce moment où la question importante de la paracentèse céphalique dans l'hydrocéphalie est discutée sérieusement dans plusieurs écoles des deux continents, surtout à Londres, les nouveaux faits de ce genre deviennent autant de documents précieux à connaître. Celui dont on vient de lire les détails n'est pas sans offrir un véritable intérêt sous plusieurs rapports.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — Avril 1839.

—

Ostéosarcôme à la mâchoire inférieure. Résection partielle de cet os par le docteur LUTENS, JEUNE. — Observation recueillie par le docteur MEYNNE.

Thoelen, Antoine, âgé de 9 ans, reçut, il y a vingt mois, à la mâchoire inférieure, un coup de pierre qui brisa deux dents et leurs alvéoles, et y provoqua un gonflement considérable. Les racines des dents brisées furent extraites et l'inflammation combattue pendant longtemps par des moyens antiphlogistiques. Le gonflement diminua, mais ne disparut pas en entier; il subsista une petite tumeur dure et douloureuse qui fut traitée sans succès par les résolutifs, les astringents, et plus tard par les caustiques, notamment le nitrate d'argent. Un an après l'accident, on enleva la tumeur au moyen d'un bistouri et on cautérisa superficiellement la surface dénudée, avec le fer rouge ; deux mois après, les fongosités ayant reparu, on eut recours à une seconde excision ; on en pratiqua plus tard une troisième, mais on cautérisa profondément la partie affectée.

Malgré ces trois tentatives, la tumeur repullula de nouveau. C'est alors que l'on vint consulter M. Lutens, jeune. Voici quel était l'état de la maladie le 12 mars dernier, jour de l'opération.

A l'extérieur on ne remarque rien de particulier, mais en retirant la lèvre inférieure en bas et en dehors, on voit à la moitié gauche de l'arcade alvéolaire inférieure, une tumeur rouge, bosselée, dure dans certains endroits, molle dans d'autres, saignant au moindre attouchement, grande comme un œuf de pigeon et étendue depuis la première incisive gauche jusqu'à la troisième molaire du même côté, en bas jusqu'à l'endroit où la muqueuse passe de la face antérieure de l'os à la face interne de la lèvre inférieure. La base, l'angle et la branche de l'os paraissent sains. La tumeur étant plus élevée que l'arcade dentaire, il en résulte que par le rapprochement des deux mâchoires les dents supérieures correspondantes, qui sont altérées, s'implantent dans la tumeur, causent au petit malade de vives douleurs et provoquent des hémorrhagies fréquentes. Les fongosités sont intimement unies à l'os et passent par dessus les alvéoles des dents brisées. On ne remarque dans le fond de la bouche et vers l'angle de la mâchoire qu'une seule molaire saine.

Après un examen minutieux et longuement discuté par plusieurs chirurgiens présents, on est convaincu que l'excision suivie de cautérisation n'est plus indiquée, parce que pour la faire il faudrait diviser la lèvre, la séparer de l'os comme dans la ré-

section, enlever les alvéoles, puis cautériser, largement et profondément, opération qui serait aussi grave que la résection même sans en présenter les chances de succès. M. Lutens proposait d'abord de faire de chaque côté de la tumeur un trait de scie jusqu'au niveau du fond des alvéoles, puis, de faire sauter par la gouge et le maillet toute la partie comprise entre les deux sections; de cette manière, la tumeur, avec la portion osseuse qui la supportait, aurait été enlevée et la base de la mâchoire avec ses attaches musculaires et muqueuses conservée dans toute son étendue. Mais cette proposition ne fut point accueillie par les docteurs présents, parce que l'on n'était pas certain que la base ne participait point à l'altération et que cette opération aurait offert plus de difficultés que la résection complète. On conclut donc qu'il était d'indication de faire la résection de toute la portion maxillaire comprise entre la symphyse mentonnienne et la troisième molaire gauche.

Opération. — La tête étant légèrement renversée en arrière et bien fixée sur la poitrine d'un aide, et la bouche entr'ouverte par un bouchon de liége, on fait une incision droite depuis le milieu de la lèvre inférieure, tendue sous le bistouri jusqu'à un pouce au-dessous de la base de la mâchoire, incision qui pénètre jusque sur l'os et divise ainsi les parties molles du menton en deux moitiés égales; en tendant le lambeau gauche on le sépare par une dissection rapide du corps de la mâchoire, puis on divise les parties molles adhérentes à sa base et qui constituent le plancher de la bouche, ayant soin de repousser la langue au moyen d'une spatule pour ne pas la blesser dans cette incision; alors toute la partie malade se trouve complétement isolée des parties molles environnantes. Il ne reste plus que la section de l'os à faire.

Pour cela on arrache la troisième molaire et la première incisive, l'altération s'étendant jusque là et la scie devant pénétrer par ces alvéoles. Un aide fixe avec la main la mâchoire inférieure en mettant les deux premiers doigts sur le bord dentaire de la moitié droite de l'arcade et le pouce sur son bord inférieur. Au moyen d'une aiguille courbe attachée à l'extrémité d'une scie articulée, on fait passer celle-ci derrière le corps de l'os et on opère la section dans l'alvéole molaire avec facilité, mais après d'assez nombreux traits et retraits de la scie, la section dans l'alvéole incisive s'opère aussi facilement mais avec bien plus de rapidité, ce qui provient de ce que dans la première on a rencontré au fond de l'alvéole, une dent qui a été divisée avec une netteté étonnante. Je ne pense pas que l'on aurait pu avec toute autre scie opérer cette division aussi aisément, aussi vite et aussi régulièrement.

De temps en temps on laisse un moment de liberté au patient pour expulser le sang qui se porte à l'arrière gorge, malgré le soin que l'on a eu de le mettre en position perpendiculaire.

Différents petits vaisseaux artériels avaient été divisés, parmi lesquels la labiale et la dentaire inférieures, mais aucun ne dut être lié, une légère compression pendant quelques instants suffit pour arrêter l'hémorrhagie.

La section de l'os faite, on remet le lambeau pendant en position normale et on le réunit au lambeau droit par trois points de suture au-dessus desquels on fixe des bandelettes agglutinatives.

Le pansement consiste uniquement dans l'application d'un plumasseau de charpie au-dessus des bandelettes, puis une compresse et une mentonnière.

Deux heures après l'opération, l'enfant dort pendant trois heures.

Le lendemain, légère agitation, la joue gauche est rouge, chaude et un peu gonflée. — Diète absolue et repos complet.

Le 4e jour, pouls normal, le lambeau moins gonflé, moins rouge. — Il mange un peu de bouillie de lait.

Le 5e jour, premier pansement, une ligature tombe. — Différentes fois par jour de la bouillie de lait.

Le 8e jour, les deux autres ligatures tombent, la cicatrisation est complète.

Le 10e jour, l'enfant joue, cause et rit comme s'il n'avait pas subi d'opération.

Le 14e jour, guérison. — Voici quel est l'état de la partie opérée.

Une cicatrice linéaire peu apparente et qui deviendra presque invisible plus tard, à l'endroit où la lèvre a été divisée; la joue gauche plus pendante que l'autre, par suite de l'inégale contraction des muscles de la face et du cou dont quelques-uns ont été divisés, et qui retirent la branche gauche de la portion restante du corps un peu en bas et en dehors; intérieurement une cavité, là où existait la portion enlevée et au fond de laquelle on voit à nu la glande sub-linguale. Probablement cette cavité se remplira-t-elle bientôt par un tissu de cicatrice qui se changera plus tard en tissu cartilagineux.

Les mouvements de la mâchoire s'opèrent facilement; la mastication se fait bien à droite; la prononciation est comme auparavant.

La portion réséquée présente, comme nous l'avons dit plus haut, tout le bord dentaire couvert d'un tissu fongueux qui remplit les alvéoles et pénètre très-profondément, comme on le voit par la section de l'os, entre les deux lames, en se confondant avec le tissu spongieux qui est ramolli, grisâtre, et rempli d'une matière pultacée. La lame osseuse n'offre point d'altération notable si ce n'est une légère coloration en bleu.

De l'influence des émissions sanguines et des vésicatoires appliqués sur la poitrine dans la pneumonie simple ou compliquée des enfants (1); par Alfred Becquerel, interne des hopitaux, membre de la Société médicale d'observation, lauréat de l'école pratique (Médaille d'or).

Mon intention, en publiant ce travail, n'est point de faire une histoire complète et de traiter toutes les questions qui se rattachent à l'emploi des émissions sanguines et des vésicatoires dans la pneumonie des enfants, encore moins d'annoncer quelque découverte nouvelle. Je désire seulement, d'après des observations assez nombreuses que j'ai recueillies sur ce sujet à l'hôpital des Enfants, présenter quelques résultats propres peut-être à éclairer cette question.

Si l'on veut apprécier avec certitude l'influence du traitement employé pour combattre la pneumonie simple ou compliquée des enfants, et surtout si l'on veut comprendre et prévoir d'avance, pour ainsi dire, quel doit en être le résultat, on doit s'attacher à reconnaître les causes prédisposantes et occasionnelles de cette phlegmasie; c'est dans cette étude qu'on trouvera la raison des insuccès nombreux qui ont été la conséquence de l'application de certaines méthodes et surtout de celle des émissions sanguines : c'est de cette dernière que je dois spécialement m'occuper.

Avant de commencer cette étude, je pense qu'il est utile d'établir plusieurs distinctions : ainsi on doit séparer les cas dans lesquels la pneumonie des enfants semble jouer le principal rôle et être la maladie principale, de ceux dans lesquels elle n'est qu'une conséquence et une complication d'une maladie plus grave, plus générale, en un mot, où elle n'est que secondaire : telles sont les varioles, les fièvres typhoïdes, etc., etc.

Il est une autre remarque très-importante à faire, c'est celle de l'état physiologique ou pathologique du jeune sujet chez lequel débute la pneumonie; la connaissance de cette condition servira à comprendre l'influence des agents thérapeutiques.

Depuis longtemps les observateurs placés à l'hôpital des Enfants malades n'ignoraient pas que cette phlegmasie débute spécialement chez des sujets débilités par des maladies antérieures ou par un long séjour à l'hôpital. M. Gherard, dans son Mémoire sur la pneumonie des enfants, établit par ses relevés ce fait d'une manière positive, surtout pour les jeunes sujets de deux à six ans. Récemment encore, MM. Rilliet et Barthez, dans leur monographie, sont arrivés à des conclusions analogues. Ils ont noté, en effet, que sur soixante cas trois enfants seulement étaient dans un parfait état de santé au début de la pneumonie. Les relevés que je présenterai tout à l'heure montreront également que cette phlegmasie survient beaucoup plus souvent chez les enfants débilités, amaigris, soumis à de mauvaises conditions hygiéniques, affaiblis par un long séjour à l'hôpital, chez ceux enfin qui, probablement sous ces mêmes influences, commencent à se tuberculiser; tandis qu'elle est beaucoup plus rare chez ceux dont l'état physiologique est normal et la santé parfaite. Chez des enfants placés dans les mauvaises conditions que je viens d'énumérer, on comprend facilement que des causes occasionnelles, souvent inconnues pour nous, ou peut-être l'activité fonctionnelle du poumon à cet âge, déterminent la phlegmasie de cet organe. On peut déjà prévoir quelle sera l'influence probable des émissions sanguines dans tous ces cas; elles contribueront sans doute à débiliter encore plus les enfants et à perpétuer peut-être une phlegmasie déjà due à cette condition adynamique.

Considérés sous le point de vue pathologique, les enfants chez lesquels survient la pneumonie peuvent être déjà sous l'influence d'une autre maladie que l'on peut considérer comme cause de la phlegmasie. Deux cas peuvent se présenter, ou c'est une maladie générale qui agit en débilitant, en épuisant l'économie, ou bien cette maladie est spécifique : telles sont la rougeole, la scarlatine, la variole. Ces deux éléments peuvent se combiner. C'est ainsi que dans la rougeole, la pneumonie peut survenir pendant l'éruption ou bien un certain temps après, lorsque l'enfant est débilité, affaibli : le plus souvent en effet il existe à la suite des fièvres éruptives un état adynamique général sous l'influence duquel peut se développer cette inflammation.

Dans ces cas divers, le raisonnement fait déjà pré-

---

(1) Il est important de noter que les observations de M. Becquerel ont toutes été prises chez des enfants âgés de deux ans au moins. Les conclusions de ce mémoire ne peuvent donc s'appliquer nullement aux enfants nouveau-nés et à la mamelle.

voir le peu d'influence probable des émissions sanguines et des autres moyens débilitants. Cependant, avant d'entrer dans l'exposition et la discussion des faits, je pense qu'il est utile de faire un court exposé de ce que les auteurs ont écrit sur ce sujet.

On trouve très-peu de chose dans les anciens auteurs sur le traitement de la pneumonie des enfants, par cela seul qu'ils connaissaient à peine cette maladie. C'est dans les travaux des modernes que l'on rencontre des résultats qui presque tous conduisent à des conclusions analogues. Stoll consacre tout au plus quelques lignes à ce sujet : après avoir signalé la pneumonie comme pouvant survenir chez les enfants, il dit à propos de celle qui complique la rougeole, qu'elle peut conduire à la phthisie, si on n'emploie de puissants antiphlogistiques. D'autres travaux modernes ont été loin de conduire à un résultat analogue. Bosquillon, dans les notes qu'il a ajoutées aux Éléments de médecine de Cullen (article *rougeole*), parle d'une épidémie de rougeole ayant spécialement sévi chez les enfants, observée et très-bien décrite par le docteur Warson; elle s'est fréquemment compliquée de pneumonie, comme le démontre sa description. L'auteur conclut en disant que l'emploi des émissions sanguines ne lui a paru d'aucune utilité, et n'a pu arrêter la marche de la maladie.

Sydenham (chap. V, t. I, p. 120. *Épidémie de rougeole de l'année* 1670) parle de la fréquence de la pneumonie qui survenait spécialement à l'époque de la disparition de l'éruption ; il regarde cette complication comme le plus terrible accident qui puisse compliquer la rougeole. Le meilleur traitement qui lui a réussi pour combattre cette affection est la saignée. Il n'a pas craint, dit-il, de pratiquer plusieurs fois même la saignée du bras chez des enfants de l'âge le plus tendre, en proportionnant la quantité de l'évacuation à l'âge et aux forces du malade : il a arraché par cette pratique, dit-il, plusieurs enfants à une mort certaine.

Les traités spéciaux publiés sur les maladies des enfants ont à peine ébauché ce sujet. Laënnec n'en parle pas.

M. Guersent (article *Enfant*, *Dict. de méd.* en 24 volumes) a posé des principes qui sont le résultat de sa longue expérience. Après avoir recommandé d'employer avec ménagement les émissions sanguines chez les enfants, il insiste beaucoup sur la faiblesse qui en est souvent la conséquence. « Les » saignées abondantes, dit-il, jettent quelquefois » les enfants dans un état de prostration dont il est » difficile de les tirer; j'ai vu des enfants très-jeu- » nes succomber à un état de syncope déterminé » par une application de quelques sangsues seule- » ment. » Plus loin ce praticien ajoute que les émissions sanguines prolongent leur convalescence, et il reconnaît qu'à mesure que les jeunes sujets approchent de la puberté, ces agents thérapeutiques ont plus d'influence.

M. Chomel (article *Pneumonie* du même ouvrage) les prescrit avec modération chez les enfants.

M. Léger publia en 1823 une excellente thèse sur la pneumonie des enfants ; ce fut du reste la première, et quelques-uns des auteurs qui vinrent après lui y puisèrent souvent largement sans le citer. Il a cependant eu le tort de dire que la pneumonie était rare chez les très-jeunes enfants, et plus commune de 8 à 10 ans. Il présente les saignées et les sangsues comme suivies du plus grand succès dans ces cas, mais il reconnaît que les phlegmasies pulmonaires suites de rougeole et de variole sont presque toujours mortelles. La pneumonie aiguë franche, dit-il, est la seule curable, tandis que celle qui est compliquée résiste toujours à l'emploi des émissions sanguines. Dans ces derniers cas les vésicatoires n'ont pas produit de meilleurs effets, ils affaiblissaient souvent les petits malades par la suppuration qui en était le résultat.

M. Lanoix (*Thèse* 1825) a fait entrer de nouveaux éléments dans la question, en insistant sur les différences relatives à l'âge; il établit que la pneumonie des enfants est presque toujours mortelle de 2 à 5 ans, et porte sur celle qui complique les fièvres éruptives un pronostic aussi grave que celui de M. Léger. Il va plus loin, car il dit que dans de telles phlegmasies les émissions sanguines ont été plus nuisibles qu'utiles, et il conclut qu'elles ne doivent être employées qu'avec une grande circonspection.

M. Blache (*Archives* 1827) montra le peu d'influence de ces moyens thérapeutiques en citant trois exemples de pneumonies enfantiles qui résistèrent à leur emploi, tandis qu'elles guérirent sous l'influence du tartre stibié.

M. Bressand (*Thèse* 1827) ajouta peu de chose aux résultats de ceux qui l'avaient précédé. Il recommande beaucoup les émissions sanguines dans la pneumonie des enfants, et les prescrit dans tous les cas, bien qu'il reconnaisse qu'elles sont beaucoup moins utiles dans celles qui compliquent les fièvres éruptives.

M. Bergeron (*Thèse* 1828) est le premier qui ait parlé de la débilité antérieure à la pneumonie des enfants; débilité, dit-il, dont il faut tenir compte dans le traitement. Malgré cela, après avoir montré le bon effet des émissions sanguines dans les pneumonies franches, il dit qu'elles réussissent également lorsqu'on les emploie avec une grande énergie dans les phlegmasies du poumon qui compliquent les fièvres éruptives.

M. Berton (*Thèse*, 1823) ne dit absolument rien de nouveau.

M. Blache, dans un Mémoire inséré dans les *Archives* en 1832, est le premier qui ait décrit la pneumonie qui complique si souvent la coqueluche. Sur 38 cas de coqueluches compliquées, dit-il, 15 l'ont été de pneumonie. Toutes réclament un traitement antiphlogistique énergique, puis ensuite l'emploi des vésicatoires.

M. Constant publia, en 1831 et en 1833, de bonnes observations sur la pneumonie des enfants. (*Gaz. médic.*) Voici, d'après cet auteur, le résultat du traitement employé pour combattre cette phlegmasie.

Il en rapporte douze observations. Deux enfants sur les douze furent traités par les émissions sanguines seules. L'un d'eux avait une pneumonie franche, il était âgé de 13 ans, et il guérit. L'autre présentait en outre des symptômes de congestion cérébrale, il succomba. Cinq autres enfants furent d'abord traités par les antiphlogistiques, qui échouèrent; on employa le tartre stibié à haute dose, et ils guérirent; les cinq étaient âgés de plus de 5 ans. Deux autres enfants présentaient une pneumonie compliquée de symptômes cérébraux : ils succombèrent malgré l'emploi des émissions sanguines; l'un était âgé de 2 ans, l'autre de 3. Deux autres moururent de pneumonie à la suite de l'emploi des émissions sanguines au début, puis ensuite du tartre stibié à haute dose. L'un, âgé de 2 ans, était tuberculeux; l'autre, âgé de 9 ans, succomba à une gangrène de la bouche. Enfin, le dernier enfant, affecté d'une pneumonie compliquant une variole, guérit à la suite de l'administration de l'oxyde blanc d'antimoine sans émissions sanguines.

M. Delaberge a inséré dans le *Journal hebdomadaire de médecine* (1834), une suite de mémoires sur la pneumonie lobulaire : voici ce qu'il est amené à conclure à propos de la thérapeutique. La pneumonie lobulaire, dit-il, est l'expression d'un état particulier de l'économie caractérisé surtout par la faiblesse. Ces considérations doivent avoir une influence puissante sur la thérapeutique de l'affection qui nous occupe, et faire pressentir que ce n'est point dans un traitement antiphlogistique et débilitant que l'on doit toujours chercher le remède à semblable mal, mais dans des moyens sinon opposés, du moins ayant un but différent. Plus loin il ajoute que la pneumonie lobulaire est une affection asthénique, et que les antiphlogistiques ne réussissent pas en général. Cependant, il dit qu'il faut les employer dans certains cas, surtout quand la réaction fébrile est très-intense. Il préfère les saignées générales, parce qu'on peut évaluer la quantité de sang enlevée, et parce que les sangsues amènent souvent, par leurs piqûres, des ulcères et d'autres altérations cutanées. Du reste, dit-il, on a vu plusieurs cas dans lesquels la mort est arrivée par la débilité, suite de l'application de sangsues. L'emploi des vésicatoires, selon lui, doit toujours être rejeté et n'a jamais apporté de soulagement. Les observations qu'il publie à la fin de son travail confirment tous ces résultats.

M. Rayer, dans son *Traité des maladies de la peau*, prescrit les émissions sanguines pour combattre les pneumonies qui compliquent les rougeoles; il les trouve beaucoup moins efficaces contre les complications de la variole. Il est vrai de dire que la plupart de ses observations portent sur des adultes.

M. Gherard, puis M. Rufz, ont publié chacun un mémoire sur la pneumonie des enfants. Ils sont arrivés à des conclusions analogues, car ce sont les mêmes faits qui ont servi de base aux deux mémoires. Le premier, surtout, a démontré que la pneumonie franche est rare chez les jeunes enfants, et qu'elle sévit plutôt chez ceux qui sont affaiblis par des causes débilitantes antérieures. Ces deux auteurs ont montré quelle était la différence du pronostic qu'on devait porter sur la pneumonie selon l'âge des jeunes sujets. M. Rufz a conclu qu'après 6 ans les émissions sanguines sont utiles dans la pneumonie des enfants, mais dans des limites assez étroites. Avant cet âge les trois quarts des enfants, d'après les relevés de MM. Rufz et Gherard, ont succombé malgré l'emploi fréquemment répété des émissions sanguines. Après 6 ans, au contraire, la proportion est presque inverse.

M. Roucolles, dans sa dissertation inaugurale sur la *pneumonie lobulaire*, conseille de recourir toujours aux émissions sanguines dans ces phlegmasies, même quand elles compliquent une fièvre éruptive. Il établit ensuite ce singulier principe, savoir : que chez les enfants débilités, épuisés, il est préférable de traiter la phlegmasie du poumon par les saignées générales que par les locales. Il signale ensuite le mauvais effet des vésicatoires qui, dit-il, affaiblissent les enfants par l'abondance de la suppuration. Les quatre observations qu'il donne ensuite ne confirment guère ses principes. Trois sont des exemples de pneumonie compliquant la rougeole et traités par les émissions sanguines : les trois enfants ont succombé. La quatrième était une pneumonie compliquant une scarlatine; le même traitement réussit.

M. Boudin (1835, *Thèse sur la rougeole*) a beaucoup parlé de la fréquence de la pneumonie; d'après les observations qu'il a recueillies, les émissions sanguines n'ont modifié en rien la marche de la maladie, la phlegmasie n'a pas rétrogradé, le mouvement fébrile a quelquefois diminué d'intensité, mais seulement momentanément. De 2 à 7 ans, dit-

il, la rougeole compliquée de pneumonie est presque toujours mortelle.

M. Hourmann (*Revue médicale*, 1837), dans un mémoire sur la pneumonie des enfants, a cité l'observation très-curieuse d'un enfant de 2 ans et demi, atteint de pneumonie franche, qui guérit par l'emploi, et peut-être malgré l'emploi des saignées générales coup sur coup.

Enfin, MM. Rilliet et Barthez, dans leur monographie de la *pneumonie des enfants*, n'ont pu rien conclure de l'emploi des émissions sanguines dans les nombreux faits qu'ils ont observés, car elles n'ont été employées que chez trois de leurs malades.

En résumé, on voit que les travaux assez nombreux des auteurs sur ce sujet mènent aux conclusions suivantes :

1° La pneumonie est fréquente chez les enfants ;

2° La pneumonie franche est rare ; il est beaucoup plus commun de voir cette phlegmasie compliquer un état de débilité antérieure, ou des maladies spéciales telles que la rougeole, la variole, la coqueluche ;

3° La mortalité est différente dans les cas de pneumonie franche ou compliquée. Dans le premier il faut établir deux catégories.

Chez les enfants de 2 à 6 ans, grande mortalité ;

Chez ceux de 6 à 15 elle est beaucoup moins grande, et chez ceux-ci seulement on peut compter sur l'emploi des émissions sanguines.

Les fièvres éruptives compliquées de pneumonie sont très-fréquemment mortelles de 2 à 15 ans. Les émissions sanguines y sont au moins inutiles, sinon nuisibles.

Examinons maintenant les faits que j'ai recueillis, et voyons s'ils confirment de telles conséquences ; nous les considérerons également selon qu'il s'agira d'une pneumonie franche ou bien d'une pneumonie compliquant une maladie générale, ou une coqueluche, un croup, etc., etc.

Considérés en masse, les faits que j'ai à exposer sont nombreux, et il semblerait au premier coup d'œil qu'ils pussent se prêter à des nombreuses considérations générales. Cependant ils sont souvent si dissemblables entre eux et soumis à des influences tellement différentes, qu'il faut absolument établir les divisions dont j'ai parlé.

Voici, je crois, ce qu'on peut dire de plus général à cet égard.

Du 1er avril au 1er octobre 1838, il est entré 421 enfants dans les salles de filles de l'hôpital des Enfants consacrées aux maladies aiguës, aux dartreuses et aux ophthalmies, 133 y ont succombé. Voici le rapport de fréquence de la pneumonie.

Pneumonies simples, simples en apparence mais sans maladie spéciale, 15 cas. — 11 morts, 4 guéris.

Rougeoles, 59 cas — compliquées de pneumonie 21, dont 1 guéri, 20 morts.

Varioles, 16 cas — compliquées de pneumonie 4 cas, dont 1 guéri, 3 morts.

Scarlatines, 10 cas — compliquées de pneumonie 1 cas, 1 mort.

Fièvre typhoïde, 18 cas — compliquées de pneumonie 2 cas, 2 morts.

Coqueluche, 14 cas — compliquées de pneumonie 5 cas, 5 morts.

Gangrène de la bouche, 6 cas, tous morts — compliquées de pneumonie 3 cas, tous morts.

Rachitisme, 4 cas, tous morts — 2 présentaient une pneumonie.

Affections cérébrales ou médullaires. — 3 pneumonies ont été trouvées sur 28 autopsies.

La méthode générale employée pour combattre la pneumonie dans ceux de ces cas où la phlegmasie semblait être la maladie principale et dominer la scène, a été l'emploi des émissions sanguines, puis les vésicatoires sur la poitrine.

Chez les enfants au-dessus de 5 ans et surtout de 8 à 9 ans jusqu'à 15, on combinait les saignées générales aux applications de sangsues. Ces évacuations étaient en rapport avec l'âge, la force, les antécédents des jeunes malades. La force du pouls, la réaction générale, la chaleur de la peau, l'état des forces servaient à guider dans leur emploi.

Les émissions sanguines n'ont pas été employées chez les enfants qui présentaient une maladie caractérisée par un état adynamique, telles que la gangrène de la bouche, la fièvre typhoïde ; dans les cas enfin où l'affection générale était tout, et dans lesquels la pneumonie ne semblait être qu'un élément, qu'une complication de la maladie : telles sont encore certaines varioles, certaines fièvres typhoïdes, toutes les affections cérébrales.

Enfin je dirai que dans les pneumonies simples, comme dans celles qui compliquaient la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, le rachitisme, elles n'ont point été employées chez les enfants placés dans les mauvaises conditions que j'énumérais tout à l'heure.

Les vésicatoires ont été employés dans presque tous les cas, mais seulement après les émissions sanguines générales ou locales. Ils étaient exclusivement mis en usage lorsque l'état adynamique des enfants s'opposait à l'emploi des saignées ou des sangsues. Il est à peine utile d'ajouter que dans tous les cas on prescrivit en outre les boissons adoucissantes, les tisanes pectorales, les juleps gommeux, des potions calmantes, lorsque l'agitation était trop grande. Dans presque tous les cas enfin, des sinapismes aux extrémités ont été appliqués.

Il est extrêmement difficile d'exprimer, même d'une manière générale, l'influence des émissions

sanguines dans la pneumonie simple ou compliquée des enfants ; on peut dire seulement qu'elles ont été au moins inutiles, plutôt nuisibles et fâcheuses. Nous verrons plus bas en particulier leur influence dans chacune des maladies qu'elle complique. Les vésicatoires ont été également nuisibles aux enfants, tant par l'agitation où les jetait la douleur de leur application, que par la débilité amenée par la suppuration et les ulcères ou les eschares gangréneuses qui sont quelquefois le résultat de ces agents thérapeutiques.

Il est une remarque par laquelle je terminerai ces considérations générales ; c'est que chez les enfants, beaucoup moins facilement encore que chez les adultes, on ne peut connaître la quantité de sang évacuée par les sangsues : on voit assez souvent chez les enfants leurs piqûres être suivies d'un tel écoulement de sang qu'on ne peut l'arrêter qu'avec la plus grande difficulté, et que chez ces jeunes sujets affaiblis et débilités par cet écoulement, l'effet produit est des plus désastreux et sans aucun remède. C'est encore un des inconvénients attachés à l'usage des sangsues, surtout dans un hôpital où le peu de personnes employées est un obstacle à la surveillance que l'on doit apporter à chaque application.

Etudions maintenant chaque maladie en particulier.

§ Ier. — Des pneumonies simples en apparence, ou survenant chez des enfants qui ne présentent aucun état pathologique antérieur spécial.

Si on examine avec attention les jeunes sujets chez lesquels débute cette phlegmasie, simple en apparence, on verra, comme je l'ai dit plus haut, que leur état général est loin d'être normal. Le plus souvent existe chez eux une cause prédisposante dont l'action a été de les affaiblir, et qui doit être prise en grande considération dans la thérapeutique de cette maladie. Elle survient en effet chez des enfants pauvres, mal vêtus, mal nourris, soumis à des mauvaises influences hygiéniques, ou bien nés de parents faibles, débiles, qui leur ont transmis par hérédité le germe des maladies dont ils étaient affectés. Souvent ces enfants sont scrofuleux, présentent d'anciennes affections cutanées, sont débilités par des diarrhées anciennes et rebelles. Dans d'autres cas enfin ces pneumonies surviennent chez des sujets dont l'état général, bon à leur entrée, s'est profondément altéré par suite du séjour à l'hôpital. Cette influence pernicieuse pour une cause ou pour une autre ne peut en effet être niée lorsqu'on voit tous les jours ses terribles effets. Ajoutez enfin à tout cela un fait qui milite en faveur des raisons que je viens de donner, c'est qu'un certain nombre de ces enfants commencent à se tuberculiser.

Quinze malades, comme je l'ai dit plus haut, ont présenté une pneumonie pouvant être rangée dans ce chapitre ; chez aucun d'eux elle n'a compliqué une maladie spéciale. Sur ces 15 enfants, 6 parurent être, au début de la maladie, dans un état de santé parfaite ; des 9 autres petites filles, au contraire, les unes étaient faibles, délicates, les autres affaiblies par de mauvaises conditions hygiéniques antécédentes, par des lésions scrofuleuses, des diarrhées chroniques, le séjour prolongé à l'hôpital. Dans ces neuf derniers cas, quelques-uns des enfants, comme nous le verrons, ne présentaient pas de tubercules.

Des 6 premiers enfants ayant une bonne santé au début de la maladie, 4 guérirent ; les 2 autres succombèrent, et on constata à l'autopsie qu'ils commençaient à se tuberculiser. Les 9 dernières petites filles succombèrent ; on trouva des tubercules chez 6 d'entre elles ; ils étaient peu avancés. Les 3 qui n'en présentèrent pas étaient dans les conditions suivantes : La première, âgée de 2 ans, était la fille d'une malheureuse femme qui la plaça à l'hôpital ; cette enfant, présentant un bon état de santé, fut renvoyée. Sa mère, pour nous obliger à la reprendre, l'exposa un jour à la pluie et au froid ; elle contracta une pneumonie et succomba en peu de jours.

La seconde, âgée de 2 ans et demie, était épuisée par un long séjour à l'hôpital et par une diarrhée abondante.

La troisième, âgée de 3 ans et demie, était également depuis longtemps dans les salles, où elle avait été conservée après la convalescence d'une bronchite simple peu intense. De plus, nous remarquerons que chez 2 de ces 3 enfants la pneumonie était lobulaire, et que cette forme paraissant liée à une influence plus générale, imprime à la phlegmasie un caractère de gravité plus grande.

Des 15 enfants dont nous nous occupons maintenant, 6 étaient au-dessus de 5 ans, 9 au-dessous ; l'influence des saignées et des sangsues fut assez différente dans ces deux classes.

Parmi ces 15 individus, les émissions sanguines n'ont point été employées dans 3 cas : la faiblesse, la débilité, l'adynamie dans laquelle étaient plongés ces enfants s'y opposèrent ; mais des vésicatoires furent placés sur la poitrine : ils ne parurent du reste avoir aucune influence sur la marche de la maladie : ces trois enfants succombèrent. Sur les 12 autres, cinq fois on combina l'emploi des saignées générales et des sangsues, en commençant par les premières. Chez les 7 autres on n'employa que des sangsues. Le résultat fut la guérison dans 4 cas (les

enfants avaient, il est vrai, plus de 5 ans), et la mort dans les 8 autres.

Chez 3 des quatre premiers la pneumonie était lobaire, bornée à un seul côté, et avait débuté au milieu d'une santé parfaite ; chez la quatrième on observa les phénomènes suivants :

L'enfant était âgée de 12 ans 1/2 ; elle n'avait pas été vaccinée, et avait eu trois ans auparavant une variole intense, dont elle portait les cicatrices indélébiles. Du reste, elle s'en était bien rétablie, et hors cette maladie sa santé avait toujours été parfaite. Elle entra à l'hôpital des Enfants, le 7 mai 1837, dans un état grave. La dyspnée était grande, la fièvre intense. La percussion donnait de la matité dans la moitié inférieure des deux poumons à peu près, et l'auscultation un souffle tubaire et de la bronchophonie. D'après le dire de sa mère, cette jeune fille était au quatrième jour de la maladie. Elle était forte, très-grasse encore : une saignée de trois palettes fut pratiquée ce même jour, une seconde saignée le 8, cinquième jour, et 16 sangsues, 8 de chaque côté, le 9. Le neuvième jour, 12 mai, on entendit dans quelques points du râle crépitant du côté droit. Un vésicatoire fut appliqué de chaque côté de la poitrine. Le douzième jour la fièvre était peu forte, toute trace de souffle avait disparu. Mais dans la même étendue, le son était encore obscur, et on entendait du râle crépitant fin, parfaitement caractérisé dans la moitié inférieure et postérieure du poumon droit, ainsi que dans le tiers inférieur du poumon gauche. La voix ne présentait aucune altération. La malade resta ainsi un mois à l'hôpital. Les mêmes phénomènes persistèrent du côté du poumon ; il exista également de la toux sans expectoration. Le 13 juin les parents emmenèrent leur enfant pour l'envoyer à la campagne. A son départ elle était dans l'état suivant.

Amaigrissement assez considérable, surtout comparé à son embonpoint lors de son arrivée. La malade se lève, a recouvré sa gaîté. Elle a faim et mange à peu près la demi-portion. Les fonctions digestives sont normales ; la respiration l'est également. Elle tousse souvent, surtout le soir ; mais cette toux est faible et sans expectoration. Le pouls, le cœur, sont à l'état normal. Les deux poumons ne présentent rien de remarquable à l'auscultation en avant, à la partie latérale antérieure, ainsi que dans la partie postérieure et supérieure. Dans le reste de l'étendue, bornée aux points que j'ai mentionnés plus haut, il y a obscurité du son, mais non matité complète et un râle crépitant fin et sec. Les deux vésicatoires avaient été continuellement entretenus.

Que restait-il là ? était-ce une pneumonie chronique, un œdème ou bien une autre altération. Il est difficile de se prononcer.

Examinons maintenant les 8 jeunes malades qui succombèrent :

Dans un cas la maladie sembla céder.

Une petite fille, âgée de 6 ans, était affectée d'une ophthalmie et placée depuis un mois dans la salle Sainte-Elisabeth consacrée à ce genre de maladies. Elle fut prise sans cause connue d'une pneumonie lobaire parfaitement caractérisée ; d'abord râle crépitant fin dans quelques points, plus humide dans d'autres ; puis ensuite matité et souffle bronchique.

Le troisième jour on pratiqua une saignée de deux palettes. Le quatrième, on appliqua 8 sangsues sur le côté malade, le sixième, un large vésicatoire. Cette pneumonie occupait le lobe inférieur du poumon droit presque entier, sauf le bord antérieur. Le huitième, la résolution commença et se fit complétement. Le seizième, il ne restait plus qu'un peu de râle sous crépitant à la partie tout à fait postérieure et inférieure. Le dix-septième jour, la malade mourut subitement sans convulsions, quelque temps après avoir pris une soupe. Aucune lésion caractéristique des centres nerveux, du cœur ou de la trachée, ne révéla la cause de cette mort subite ; on trouva plusieurs ganglions bronchiques tuberculeux et quelques granulations grises semi-transparentes au sommet et à la partie postérieure du poumon gauche.

Dans les 7 autres cas, les émissions sanguines, ainsi que les vésicatoires, ne parurent avoir aucune influence sur la marche de la maladie.

Ainsi donc sur 11 malades qui succombèrent, nous en avons déjà vu trois présenter des tubercules, cinq autres, dans les sept derniers, en présentaient également. Dans tous ces cas ces produits morbides étaient peu avancés et peu nombreux.

Sur les 11 enfants morts, 2 étaient au-dessus de 5 ans et tuberculeux. Les 9 autres étaient au-dessous, et 6 seulement étaient tuberculeux.

On peut résumer ainsi l'influence générale du traitement employé contre les pneumonies que nous avons classées dans ce chapitre. Les émissions sanguines ont semblé utiles chez quatre enfants au-dessus de 5 ans, et chez lesquels la phlegmasie avait débuté au milieu d'une santé parfaite ; la résolution commença du septième au dixième jour. On employa aussi les vésicatoires chez ces quatre malades. C'est donc à ces cas peu nombreux qu'il faudrait réserver l'emploi de ces agents thérapeutiques. Dans les autres les saignées générales et les sangsues furent le plus souvent sans effet ; elles diminuèrent quelquefois la force du pouls, quelquefois elles déterminèrent une amélioration locale de la lésion organique (amélioration démontrée par les phénomènes d'auscultation). Mais en général leur influence fut plutôt nuisible : elles augmentèrent la débilité, et semblèrent favoriser dans quelques cas la production d'un en-

gouement bronchique, qui termina la pneumonie de quelques enfants. Les vésicatoires furent également sans effet; je les ai vus quelquefois, par la douleur qu'ils causaient aux enfants, déterminer des cris et une agitation qui pouvait aggraver leur état.

La durée moyenne de la maladie fut de dix jours à peu près dans les cas de mort. Cette évaluation n'est qu'approximative; car, lorsque la maladie n'a pas débuté sous nos yeux, il est souvent difficile de fixer le début de la pneumonie.

§ II. Des pneumonies survenant chez des enfants qui présentent quelque état pathologique antérieur.

Rachitisme. Comme je l'ai dit plus haut, quatre enfants ont succombé présentant un degré avancé de rachitisme. Les os des membres, ceux du thorax, du sternum et de la colonne vertébrale, étaient déformés. De ces quatre enfants, deux ont présenté une pneumonie finale. Chez l'une, âgée de 20 mois, elle était lobaire; chez l'autre, âgée de 2 ans et demi, elle était lobulaire : elle dura quatre jours dans le premier cas, sept dans le second. Chez ces deux enfants on appliqua, au début, huit sangsues sur la poitrine; et le lendemain dans le second cas, la veille de la mort dans le premier, un vésicatoire sur le thorax. Ce traitement n'influença en rien la marche de la maladie; ces deux enfants succombèrent. Ni l'un ni l'autre à l'autopsie ne présentèrent de tubercules.

La cause générale prédisposante sous l'influence de laquelle s'est développée la pneumonie dans ces deux cas est encore une maladie générale dont la faiblesse et l'adynamie sont un des principaux caractères; on ne pouvait donc espérer d'avance quelque succès des émissions sanguines.

Phthisie. On peut, comme nous l'avons fait ici, ranger dans deux classes les pneumonies qui surviennent chez les enfants phthisiques. La première a été étudiée dans le paragraphe premier, elle comprend les jeunes sujets qui commençaient seulement à se tuberculiser et qui ne présentaient, par exemple, que quelques ganglions tuberculeux, ou quelques granulations. Dans ce cas la pneumonie semble due plutôt à l'influence générale qu'à une autre cause.

Dans une seconde classe on peut ranger les cas assez fréquents dans lesquels, de nombreux tubercules existant dans les poumons, une inflammation du parenchyme vient à se développer soit autour d'eux, soit autour de petites cavernes : il semble qu'il y ait ici une action de contact, une influence, une irritation mécanique; je ne m'en occuperai pas, car ils regardent plutôt l'histoire de la phthisie pulmonaire; j'énoncerai seulement d'une manière générale les résultats suivants auxquels m'a conduit l'observation de tels faits.

Dans quelques cas de ce genre dans lesquels cette complication existait, et avait déterminé soit une excitation générale, une fièvre plus vive ou une dyspnée plus forte, on employa les émissions sanguines, une saignée générale, par exemple, ou bien une application de sangsues en rapport avec l'âge et la force des petits malades. Constamment ces moyens m'ont paru non-seulement inutiles, mais encore nuisibles : ils affaiblissaient les enfants, augmentaient leur prostration, et contribuaient à hâter la terminaison fatale; c'est du moins ce qui m'a semblé très-évident chez une des quarante-deux phthisiques qui ont succombé aux progrès de leur maladie, et dont j'ai fait l'autopsie.

§ III. Pneumonies compliquant une maladie générale aigue.

Rougeole. S'il est une maladie qui se complique fréquemment de pneumonie et pour laquelle cette phlegmasie semble affecter une sorte de prédilection, c'est sans contredit la rougeole. Lorsque cette complication se développe, elle attire toute l'attention, domine la scène et joue le principal rôle. D'où vient cette fréquence? On peut se l'expliquer jusqu'à un certain point. En effet, la rougeole est une affection générale contagieuse, caractérisée par une éruption cutanée avec phénomènes d'irritation des muqueuses nasales, oculaires et bronchiques. L'irritation bronchique est souvent la mieux caractérisée, la plus intense; en un mot, il y a bronchite. De la bronchite à la pneumonie il n'y a qu'un pas, soit que l'on admette la transmission par continuité de tissu, soit qu'on l'attribue à la même influence morbilleuse, qui, agissant dans un cas avec plus d'intensité que dans un autre, ou bien d'une autre manière, porte alors son action sur le parenchyme pulmonaire. Du reste, M. Delaberge dans son *mémoire sur la pneumonie lobulaire* a signalé la bronchite comme indispensable dans la production de cette phlegmasie et comme la précédant nécessairement; et bien que d'autres auteurs lui aient refusé une part aussi grande, ils ont du moins reconnu son existence dans presque tous les cas. Eh bien, dans la rougeole, c'est précisément cette forme lobulaire qui est de beaucoup la plus fréquente. Sur 21 cas de pneumonie compliquant cette affection cutanée, 19 fois je l'ai trouvée lobulaire. La pneumonie lobaire n'y est donc qu'une exception. On conçoit parfaitement, d'après cela, que, dans certains cas, la bronchite étant plus intense, ou bien chez des enfants prédisposés, la forme lobulaire puisse se développer.

Enfin, je signalerai un fait bien remarquable qui concourt à prouver la nature spécifique de cette af-

fection, c'est que souvent les symptômes généraux et locaux, et surtout la dyspnée, l'anhélation, sont loin d'être en rapport avec les lésions organiques existantes; on dirait qu'il s'y joint un élément nerveux.

Quoi qu'il en soit, les émissions sanguines peuvent-elles avoir quelque succès contre de telles pneumonies : nous avons vu beaucoup d'auteurs leur refuser cette efficacité; j'ajouterai que le raisonnement ne conduit pas à en espérer beaucoup. En effet, 1° ces pneumonies sont presque toujours lobulaires; 2° elles sont spécifiques et sous l'influence d'une affection générale contagieuse; 3° l'intensité des symptômes n'est pas toujours en rapport avec celle des lésions; 4° tout le danger vient de l'influence générale de la maladie, et les émissions sanguines ne peuvent rien contre la rougeole considérée en elle-même.

Les faits que j'ai à présenter sont nombreux et confirment cette manière de voir.

La pneumonie compliquant la rougeole peut se développer à diverses époques : 1° en même temps que l'éruption; 2° pendant l'éruption; 3° lors de la desquamation; 4° enfin un certain temps après cette dernière période. Dans les trois premiers cas, l'influence de l'affection générale de la contagion ne peut être niée. Quant au dernier, la pneumonie peut être considérée comme due à la débilité, à l'épuisement qui succède souvent aux fièvres éruptives chez les enfants, et ces phlegmasies rentrent sous ce point de vue dans celles que j'ai étudiées dans le premier chapitre; c'est alors qu'il faut invoquer comme cause de la maladie la persistance de la bronchite chez des individus épuisés, ou bien, sous l'influence de cette débilité, l'action de causes occasionnelles inconnues ou du froid, de l'humidité, du décubitus dorsal, du séjour à l'hôpital. Dans ces derniers cas surtout, on peut déjà prévoir, avec l'existence de cette débilité et de cet épuisement, le peu d'influence probable des émissions sanguines. Ici on a employé spécialement les sangsues, car il s'agissait d'une phlegmasie locale déterminée par l'influence d'un état général de l'économie, et on pouvait espérer plus d'utilité de l'emploi des moyens locaux.

Examinons maintenant les faits que j'ai observés.

Sur 421 malades, il y a eu, comme je l'ai dit, 59 rougeoles : 21 se sont compliquées de pneumonies, et, de ces 21, 20 sont mortes; 5 se sont compliquées de bronchite, une seule est morte. Sur ces 21 cas de pneumonie, 15 ont débuté soit en même temps, soit pendant l'existence de l'éruption; une d'elles est passée à l'état chronique, et l'enfant n'a succombé que six semaines après. Les 6 autres ont ainsi débuté :

La première, immédiatement après la desquamation; la seconde, 5 jours après; la troisième, 9 jours; la quatrième, 1 mois; la cinquième, 2 mois. Les 5 bronchites ont débuté en même temps que l'éruption; chez la jeune fille qui y succomba, la maladie ne dura que 48 heures.

Examinons maintenant dans quelles circonstances les émissions sanguines ont été prescrites. Sur les 21 cas de pneumonie, elles n'ont pas été employées dans les cinq cas suivants :

1° M. Jadelot voulut essayer le tartre stibié. — L'enfant succomba également.

2° L'enfant était atteint d'une rougeole hémorrhagique et dans un état adynamique.

3° Dans le cas de pneumonie chronique que j'ai cité plus haut.

4° Dans un cas de rougeole compliquée d'un état typhoïde.

5° Enfin dans un cas où la faiblesse de la malade était trop grande; elle était déjà épuisée et amaigrie avant le début de la rougeole.

Les 21 cas étaient ainsi répartis pour l'âge : 12 enfants n'avaient pas encore 5 ans; 4 avaient 6 ou 7 ans (2 de chaque); 5 étaient plus âgés.

Les 5 cas de bronchite étaient ainsi répartis : une petite fille était âgée de 3 ans et demi; deux de 4 ans; une de 7 ans et demi; la dernière de 9 ans.

Dans les cas où les émissions sanguines ont été employées, on a quelquefois pratiqué des saignées générales; c'est ce qui avait lieu lorsque l'enfant était âgé de plus de 5 ans, sa santé antérieure bonne, la réaction générale intense, la peau brûlante, le pouls développé et fort. Quatre fois il en fut ainsi. Dans un de ces quatre cas on employa les saignées coup sur coup : en voici l'observation.

Joséphine B.... âgée de 13 ans, a été amenée à l'hôpital des Enfants, salle Ste-Catherine, le 6 juin 1837. Cette malade, d'origine allemande et parlant à peine français, ainsi que ses parents, n'a pu donner que peu de renseignements sur son état de santé antérieure. Huit jours avant son entrée, elle avait eu une rougeole assez intense, qui avait bien suivi son cours. Mais après la disparition de l'éruption qui eut lieu le 2 juin, la malade ne se rétablit pas, elle continua à présenter une forte toux, une grande oppression, de la diarrhée et une fièvre continuelle. Le 6 juin, elle est dans l'état suivant.

La respiration est gênée, haletante, 44 inspirations par minute. Toux forte, fréquente, se montrant par quintes. La percussion ne donne pas de matité. A l'auscultation des deux côtés de la poitrine en arrière, et dans les 2/3 inférieurs à peu près, on entend un râle crépitant un peu gros, un peu humide, se rapprochant assez du sous-crépitant. L'expectoration est nulle. La langue rouge, sèche, fendillée, la soif vive; un peu de diarrhée; abdomen souple, non douloureux à la pression, fièvre intense.

Le pouls est fort, vibrant, 110 pulsations par minute; peau chaude, brûlante. (Deux saignées de deux palettes chacune, une le matin à 10 heures, l'autre, le soir à 4 heures. Looch blanc. Sinapismes aux extrémités. Tisane pectorale.)

Le 7 juin, l'état est à peu près le même, 48 inspirations par minute : elles sont bruyantes, la malade est haletante. La fièvre est aussi intense, le pouls aussi fort, mais plus fréquent (130 pulsations par minute). La peau toujours brûlante. Râle sous-crépitant dans les 2/3 inférieurs et postérieurs de chaque poumon. On y distingue avec un peu d'attention du souffle bronchique disséminé, spécialement dans les trois points suivants : à la partie médiane et un peu latérale du lobe inférieur du poumon droit, et deux autres dans le poumon gauche; un tout à fait à la partie postérieure et inférieure, un autre à la partie supérieure et médiane du même lobe. Ces points sont bornés et circonscrits. La face est injectée, les yeux brillants, le decubitus dorsal. La malade se plaint beaucoup de céphalalgie frontale et de frissons qui lui font claquer les dents. Deux nouvelles saignées de deux palettes chacune sont encore pratiquées, une le matin, une le soir.

Le 8 et 9 juin, ces quatre saignées n'ont eu aucune heureuse influence. La gène de la respiration, l'anhélation, sont toujours aussi grandes (50, 52, 54 inspirations par minute). La poitrine se dilate avec force; les ailes du nez s'élargissent; le pouls est aussi fort, aussi fréquent. Le 8 juin, application de 20 sangsues, 10 de chaque côté de la poitrine. Le 9, une sixième saignée de 2 palettes est pratiquée.

Le 10 juin, à la suite d'une thérapeutique aussi active, la malade présentait un léger mieux. 46 inspirations par minute. Des deux côtés de la poitrine, en arrière et latéralement, toute trace de souffle bronchique a disparu. On entend partout du râle sous-crépitant, ou presque muqueux. La peau est aussi chaude, aussi brûlante, mais le pouls moins fort, moins fréquent : 104 pulsations au lieu de 130. La malade est pâle, abattue; elle peut à peine répondre, soulever ses membres; la débilité est extrême, la voix faible, à demi éteinte. Decubitus dorsal. A dater de ce jour, on administre la potion suivante qui a été continuée jusqu'à la mort. (Julep gommeux, 4 onces. Eau distillée de fleurs d'oranger, 1 once. Tartre stibié, 6 grains.)

L'amélioration, mais très-légère, a continué à se soutenir jusqu'au 13 au soir, mais la malade était toujours pâle, très-abattue, le pouls large, mou, battant 110 pulsations par minute. La peau chaude, la respiration toujours gênée (38 inspirations par minute). Râle muqueux des deux côtés de la poitrine en arrière et latéralement. Aucun vomissement n'a été amené par l'emploi du tartre stibié. La langue reste toujours sèche, aride, rouge, la soif plus vive depuis l'emploi de cet agent. Lèvres légèrement fuligineuses. Diarrhée peu intense.

Le 14, l'état de la malade s'est beaucoup aggravé, et l'amélioration due aux émissions sanguines a disparu sous l'influence apparente d'un violent orage survenu la veille au soir. Cette exaspération a-t-elle été spontanée, ou la suite d'un refroidissement, ou de l'état électrique de l'atmosphère? on ne peut le dire, mais le 14, à la visite, elle parut beaucoup plus malade et présentait l'état suivant.

Langue rouge, fendillée, couverte, ainsi que toute la bouche, d'un mucus blanchâtre, visqueux. Soif vive; deux à trois vomissements pendant la nuit. Nulles douleurs épigastriques ou abdominales à la pression; mais la diarrhée est augmentée, la respiration, plus gênée, plus haletante, est bruyante (58 inspirations par minute). La toux, dont la force et la fréquence étaient diminuées les jours précédents, me paraît plus forte. Dans toute l'étendue de la poitrine même en avant, on entend partout un râle muqueux extrêmement abondant, ce qui indique un engouement bronchique général. La malade est dans le decubitus dorsal, abattue, prostrée, n'a plus la force de se mettre à son séant et répond avec peine et d'une voix traînante, demi-éteinte, aux questions qu'on lui adresse. La peau est brûlante, sèche. Le pouls fort, 120 pulsations par minute.

(Potion stibiée avec 6 grains d'émétique. 2 vésicatoires, un sur chaque côté de la poitrine. Sinapismes.)

Le 15 et le 16 juin n'ont été qu'une longue agonie. La malade, couchée, immobile dans son lit, pâle, haletante, ayant eu chaque jour cinq à six vomissements, avait à peine sa connaissance. Un râle muqueux, trachéal et bronchique, s'entendait à distance. Elle expira le 16 juin à 9 heures du soir.

Autopsie 36 heures après la mort. La chaleur est très-forte.

Les téguments des parties supérieures présentent une teinte verdâtre très-prononcée. Le cadavre répand une odeur fétide.

Quantité médiocre de sang dans les sinus et les veines de la convexité; infiltration peu considérable du tissu sous-arachnoïdien. La pie-mère, l'arachnoïde, sont saines. Il en est de même de toutes les parties du cerveau. Une cuillerée de sérosité transparente à peu près dans chaque ventricule.

Nulles adhérences entre les deux feuillets des plèvres, nul épanchement dans leur cavité.

Larynx et trachée.—La coloration est la consistance de leur muqueuse est normale.

Ces canaux ainsi que toutes les bronches sont complétement remplis de mucosités blanches, jaunâtres, assez visqueuses, mais spumeuses.

Bronches. — Depuis les moyennes jusqu'aux plus petites, injection vive, intense, générale, mais sans

altération de consistance de la muqueuse. A défaut de comparaison, il est difficile de l'affirmer d'une manière absolue.

Poumons. — Les deux poumons, dans toute leur moitié postérieure, sauf toutefois au sommet qui est complétement sain, présentent une altération analogue, mais peu intense, ainsi caractérisée : aspect marbré à la section ; ces marbrures sont en général peu étendues, de couleur jaune et rouge, ce qui indique un mélange de parties saines et de parties encore un peu gorgées de sang. En un mot, c'est une pneumonie lobulaire mamelonnée, parvenue à un état de résolution presque complet. Ecoulement de sérosité spumeuse sanguinolente à la section, mais mêlée de mucus purulent qui s'échappe des tuyaux bronchiques coupés. Le tissu marbré est parfaitement souple, crépitant, et surnage très-bien dans l'eau.

Aucune granulation, aucun tubercule dans les deux poumons et les ganglions bronchiques.

Bouche, pharynx. — Légèrement rouges. Mucosités viscoso-spumeuses dans leur intérieur.

OEsophage. — Sain, pâle. Nulle ulcération.

Estomac. — Rougeur du grand cul-de-sac. Nul ramollissement. Il présente des rides. Peu de liquide y existe.

Intestins grêles. Pâleur générale de la muqueuse. Elle a sa consistance normale. Aucune plaque visible, aucun follicule isolé, développé ; il en est de même des gros intestins.

Aucun ganglion mésentérique n'est altéré.

Etat sain du cœur, du foie, de la rate et des reins.

Dans cette observation, les émissions sanguines paraissaient indiquées; sous leur influence la pneumonie a semblé se résoudre, mais elles ont laissé la jeune malade dans un état anémique et adynamique très-prononcé. Quelle a été la cause de la mort? Est-ce un engouement bronchique produit sous l'influence de la débilité générale, ou bien est-elle due à une bronchite qui est venue compliquer la phlegmasie presque dissipée, et qui a pris facilement naissance chez un enfant ainsi épuisé? C'est ce qu'on ne peut décider par la seule injection des bronches; mais nul doute que l'état général n'ait exercé une influence sur la terminaison fatale. Chez les trois autres enfants chez lesquels les saignées générales furent aussi employées, on arriva aux résultats suivants :

Chez une d'elles la maladie prit une forme adynamique, l'enfant succomba : on n'avait employé que deux saignées.

Chez les deux dernières, également au-dessus de 5 ans, on employa d'abord une saignée générale, puis ensuite des sangsues.

Quant aux onze autres enfants traités par les émissions sanguines locales, on employa les sangsues que l'on proportionnait pour le nombre à l'état local de la phlegmasie pulmonaire et à l'état apparent des forces ; on les répétait quelquefois deux et même trois fois.

Si nous examinons maintenant quelle a été l'influence des émissions sanguines, nous verrons que dans quelques cas elles parurent diminuer la force et la fréquence du pouls; pour la dyspnée, elle resta la même, et fut souvent même augmentée au lieu de diminuer. Quant à l'influence générale, la maladie continua presque toujours à marcher, et dans le seul cas de guérison complète que nous ayons obtenu, la résolution commença seulement du 12ᵉ au 15ᵉ jour.

Dans tous ces cas, sauf 4 chez lesquels on ne les a pas employés, soit à cause de l'arrivée tardive des enfants à l'hôpital, soit pour d'autres raisons que je ne me rappelle pas, et que je n'ai pas signalées dans mes notes, les vésicatoires ont été prescrits ; un ou deux selon que la pneumonie siégeait d'un seul ou des deux côtés.

De même que dans les pneumonies que nous avons examinées dans le premier chapitre, on ne les employait qu'après les émissions sanguines, et on les entretenait jusqu'à la mort. Leur influence a du reste été la même que dans celles-ci. Elles m'ont semblé quelquefois diminuer momentanément l'intensité de la dyspnée.

Voici du reste le résultat de l'emploi combiné de ces deux moyens sur les 21 pneumonies. Les 5 qui n'ont pas été traitées par les émissions sanguines ont succombé ; dans 3 de ces cas on avait employé les vésicatoires. Quant aux 16 autres, dans 12 cas la maladie marcha sans qu'il y eût d'amélioration; dans 2 cas, une amélioration légère eut lieu, mais la mort arriva cependant. Ces moyens semblèrent prolonger un peu la durée de la maladie : 18 jours dans l'un, un mois dans l'autre. Dans les deux derniers une fut guérie complétement, l'enfant était âgée de 4 ans; l'autre est celle dont j'ai rapporté plus haut l'observation complète.

Dans les 5 cas de bronchite, où l'on employa les sangsues, 4 guérirent ; une âgée de 3 ans et demi succomba en 48 heures.

On ne peut comparer la durée de la maladie dans les cas où les émissions sanguines furent employées et dans ceux où elles ne le furent pas : les faits ont été trop différents pour que l'on puisse tirer quelque conclusion utile de cette comparaison. Je dirai seulement que dans les 20 pneumonies (je ne compte pas le cas de pneumonie chronique), la durée moyenne de la maladie fut de 9 jours à peu près. En résumé, l'influence de l'emploi combiné des émissions sanguines et des vésicatoires a été moins heureuse encore que dans les pneumonies que nous avons examinées dans le premier chapitre. La terminaison par la mort a été extrêmement fréquente. Ces moyens

ont semblé épuiser les malades, les prostrer davantage. Ont-ils hâté le terme de la mort? C'est une question délicate et très-difficile à résoudre; je n'oserais l'affirmer, mais je ne suis pas loin de le penser.

L'âge n'a pas paru exercer une grande influence; le seul cas de guérison eut lieu chez une enfant de 3 ans et demi. Chez une autre âgée de 13 ans, l'emploi des saignées répétées eut un résultat fâcheux éloigné; j'en ai déjà parlé plusieurs fois.

Si pour expliquer ces résultats on voulait encore invoquer d'autres influences que celles bien suffisantes selon moi de la rougeole et de ses suites, peut-être faudrait-il tenir compte aussi de l'état de débilité ou des maladies chroniques préexistantes au début de la rougeole, et de la condition suivante, savoir que, sur les 20 autopsies de pneumonie compliquant la rougeole, dont je présente ici les résultats, 8 enfants présentaient des tubercules commençants ou peu avancés; que les 12 autres n'en présentaient point.

Scarlatine. — La scarlatine se rapproche beaucoup de la rougeole, et ce que j'ai dit dans le chapitre précédent pourrait à beaucoup d'égards être répété dans celui-ci. Les fièvres éruptives de cette espèce que j'ai observées étant beaucoup moins nombreuses, j'en exposerai brièvement le résultat : 10 enfants affectés de scarlatine ont été soumises à mon observation. Cette affection, développée chez une jeune fille âgée de 7 ans et demi, s'est compliquée d'une bronchite intense; on fit une seule application de sangsues; la petite malade traîna quelque temps, mais ensuite se rétablit complétement. Dans un autre cas la scarlatine s'est compliquée de pneumonie lobulaire. Voici le fait en peu de mots :

Une petite fille, âgée de 3 ans 1/2, ayant toujours joui d'une bonne santé, entra à l'hôpital des Enfants pour un léger écoulement vaginal. Quinze jours après, au milieu du mois de juillet 1837, elle y contracta la scarlatine. Cette éruption se compliqua dès le début d'une angine extrêmement intense, pour laquelle on appliqua six sangsues au-devant du cou. L'éruption se fit mal; le quatrième jour, il en restait encore des traces, on constata l'existence d'une pneumonie. Le cinquième, cette phlegmasie était beaucoup plus caractérisée; on fit appliquer cinq sangsues de chaque côté de la poitrine et un vésicatoire au-devant du larynx, car la pharyngo-laryngite était intense. Le huitième jour, l'enfant succomba, autant par suite de l'angine que de la pneumonie. Les accès de dyspnée furent portés au plus haut point, le septième jour et le huitième. Elle périt asphyxiée. On constata à l'autopsie l'existence d'une double pneumonie lobulaire peu étendue et peu avancée.

Variole. — Cette maladie est une affection générale beaucoup plus grave que les précédentes que nous venons d'étudier, et les phlegmasies qui la compliquent lui empruntent une grande partie de cette gravité. Du reste, l'état général et l'éruption cutanée absorbant toute l'attention, et dans la conviction où l'on est de l'inutilité presque complète des émissions sanguines dans ces phlegmasies, on ne les emploie pas fréquemment. J'ai observé seize cas de variole : huit enfants y ont succombé. Chez trois d'entre eux on trouva une pneumonie; il s'en développa également une chez un enfant qui guérit. Ainsi, quatre fois la variole se compliqua de pneumonie; une seule fois on employa les sangsues, l'enfant succomba. Une seule fois également on fit appliquer un vésicatoire du côté malade, et on administra du tartre stibié, cet enfant guérit. Dans les deux autres cas, la maladie fut abandonnée à elle-même, et les jeunes sujets succombèrent.

Sur les trois autopsies des enfants morts de variole et chez lesquels il existait une pneumonie, deux fois cette phlegmasie fut trouvée lobaire; dans le troisième cas, chez un enfant de 4 ans, elle était lobulaire. Il n'existait que quelques noyaux isolés d'hépatisation qui ne furent pas diagnostiqués pendant la vie. La pneumonie qui guérit était lobaire; elle occupait une partie du lobe inférieur du poumon droit; sa résolution commença le neuvième jour à peu près. La convalescence de la variole fut longue. Il se développa plusieurs abcès sous-cutanés, et une ophthalmie qui se termina par une opacité presque complète de la cornée de l'œil gauche.

Tous ces enfants étaient âgés de plus de cinq ans, et des trois qui succombèrent avec une pneumonie, un seul présentait des tubercules peu nombreux et peu avancés.

Fièvre typhoïde. — L'étude de la variole nous conduit à celle de la fièvre typhoïde avec laquelle elle a plus d'un rapport. Je n'en dirai ici que peu de mots, et seulement pour rendre complet le tableau des observations de pneumonie que j'ai recueillies. J'ai observé dix-huit fièvres typhoïdes; huit étaient peu graves; sur ces dix-huit cas, cinq enfants ont succombé. Chez deux d'entre eux il existait une pneumonie lobaire. Les émissions sanguines n'ont pas été employées pour combattre cette phlegmasie. Dans l'un de ces cas, l'enfant avait été saignée deux fois au début de la fièvre typhoïde, la pneumonie ne survint qu'ensuite.

Gangrène de la bouche. — J'ai observé, comme je l'ai dit plus haut, six gangrènes de la bouche pendant mon séjour à l'hôpital des Enfants. Ces six cas furent suivis de mort. Dans trois on ne trouva aucune trace de phlegmasie, dans deux existait une pneumonie lobaire, dans le sixième enfin, une pneumonie vésiculaire. Nous ne parlerons donc que de ces trois derniers.

Dans l'un des deux premiers cas dans lesquels on trouva une pneumonie, l'enfant ne succomba que

deux mois après le début de la gangrène. Cette affection occupait la partie médiane du menton, en laissant intacte toutefois une petite partie du bord libre de la lèvre inférieure. On circonscrivit l'eschare en cautérisant les bords avec de l'eau régale ; cette eschare tomba, ainsi qu'un fragment nécrosé du maxillaire inférieur qui ne se détacha complétement que 15 jours avant la mort. L'ulcère qui résulta de cette perte de substance se cicatrisa peu à peu, et il était presque complétement guéri lorsque la malade, âgée de 4 ans, succomba à une pneumonie chronique de tout le lobe inférieur du poumon droit. Cette phlegmasie, comme l'ont démontré les phénomènes d'auscultation et de percussion, datait du début de la gangrène. La pneumonie, dont le développement est si fréquent dans cette maladie, se rattache facilement à la cause indiquée dans les autres maladies que nous avons précédemment étudiées, car il y a là une affection déterminée par un état adynamique général. Quelles sont, en effet, les causes de cette gangrène? Ce sont, comme on peut s'en convaincre en parcourant les observations publiées sur ce sujet, les mauvaises conditions hygiéniques, une alimentation insuffisante, une habitation humide, malsaine, etc. ; mais la plupart de ces désorganisations reconnaissent surtout pour cause, pour point de départ, une des fièvres éruptives dont nous venons de nous occuper, lesquelles ayant sévi à une époque antérieure, mais peu éloignée du début de cette affection, ont agi en débilitant, en épuisant l'organisme. Sur les six cas de gangrène que j'ai observés, quatre étaient la suite de rougeole et deux de variole. L'état général était donc changé et présentait les conditions que nous avons précisément reconnues comme causes prédisposantes de la pneumonie chez les enfants. On s'explique ainsi comment cette phlegmasie complique aussi fréquemment les affections gangréneuses. Le même raisonnement nous conduit à prévoir le peu d'utilité probable des émissions sanguines dans de telles pneumonies. Du reste, l'état dans lequel se trouvaient les trois enfants dont je parle maintenant, s'opposa à ce que les saignées ou les sangsues fussent employées. Dans le cas de pneumonie chronique on fit appliquer un vésicatoire qui suppura jusqu'à la mort.

De ces six enfants morts de gangrène, un seul était tuberculeux (il existait chez celui-là une pneumonie). L'enfant qui était affecté de pneumonie chronique présenta des altérations sur la nature tuberculeuse desquelles il n'y eut pas certitude complète.

Les trois enfants qui succombèrent à la gangrène sans présenter de traces de pneumonie étaient âgés de 4 ans, 6 ans et 5 ans. Les trois autres présentaient les âges suivants :

1er Pneumonie vésiculaire, 3 ans.
2e Pneumonie lobaire aiguë. 3 ans.
3e Pneumonie lobaire chronique, 3 ans 1/2.

Coqueluche. — Sur 421 malades, il y eut 12 jeunes filles atteintes de coqueluche ; cinq fois cette affection s'est compliquée de pneumonie, et les cinq enfants sont morts.

L'influence de la coqueluche sur la production de la pneumonie s'explique assez facilement, soit qu'on adopte l'opinion des auteurs qui n'y voient qu'une bronchite, soit qu'on pense avec d'autres que cette maladie n'est qu'une affection nerveuse. Dans ces deux cas il est un fait qu'on ne peut nier, c'est que l'inflammation d'une partie des canaux bronchiques, qu'elle soit primitive ou secondaire, est presque toujours un des éléments de la maladie. On conçoit alors l'extension de la phlegmasie au parenchyme pulmonaire ; du reste, c'est encore ici une des applications des idées plusieurs fois émises dans le cours de ce travail. Car la bronchite précède la pneumonie lobulaire dans un très-grand nombre de cas, et la phlegmasie du poumon se produit presque toujours sous cette forme dans la coqueluche.

La pneumonie peut venir compliquer la coqueluche lorsque cette affection est encore à son début. Dans d'autres cas, elle ne se développe que plus tard lorsque les jeunes enfants sont déjà affaiblis, débilités par l'existence de cette affection. Cette dernière assertion ne manque pas de preuves : on voit souvent, lorsque la coqueluche dure depuis un certain temps, les enfants s'affaiblir, maigrir, et des tubercules se développer quelquefois même sous cette influence ; car à la débilité générale vient se joindre l'irritation causée à chaque instant dans les voies respiratoires par la répétition plus ou moins fréquente des quintes. J'ai pu constater de tels effets chez une enfant. Cette jeune fille âgée de 6 ans, était depuis trois mois à l'hôpital pour une coqueluche contre laquelle avaient échoué les sangsues, les opiacés, et le sirop de belladone ; elle s'affaiblissait, maigrissait ; et bien qu'il n'y eût encore aucun signe local, on pensa que cette enfant se tuberculisait. Elle fut prise assez rapidement de pneumonie lobulaire, et malgré deux applications de sangsues, la petite malade succomba le cinquième jour. Outre les lésions phlegmasiques du parenchyme pulmonaire, on constata, à l'autopsie, des tubercules qui commençaient à se développer.

La nature spécifique de la coqueluche, l'élément nerveux qui joue aussi un si grand rôle dans cette maladie, la forme lobulaire de la pneumonie, la débilité des sujets chez lesquels elle se développe souvent, devaient faire peu espérer des émissions sanguines ; ce fut en effet ce qui arriva, comme nous le voyons.

Des pneumonies compliquant les coqueluches que

j'ai observées, trois ont débuté au bout d'un certain temps d'existence de l'affection bronchique, de un à trois mois ; les deux autres se développèrent pendant la première période ou au commencement de la seconde. Chez trois des cinq jeunes malades on employa les émissions sanguines ; les deux suivantes ne furent pas traitées par la même méthode : l'une était une enfant âgée de 4 ans qui succomba au milieu des convulsions ; on trouva à l'autopsie quelques noyaux d'hépatisation qui n'avaient pas été diagnostiqués. L'autre était une petite fille âgée de 5 ans et demi, qui fut amenée à l'hôpital avec une pneumonie trop avancée, et dans un état général trop grave pour qu'on pût employer les émissions sanguines ; deux vésicatoires lui furent cependant appliqués sur la poitrine.

Des trois jeunes malades chez lesquelles on combattit la pneumonie par des émissions sanguines, l'une avait 6 ans, l'autre 7 ans, la dernière 4 ans.

J'ai analysé le premier cas plus haut, leur influence y parut absolument nulle, la maladie marcha très-rapidement.

La seconde petite fille était âgée de 7 ans. La pneumonie fut lobulaire et vint compliquer une coqueluche intense. Une saignée fut pratiquée le deuxième jour, une seconde le troisième, et le cinquième on appliqua les vésicatoires. La force du pouls, la chaleur de la peau, la fièvre enfin, parurent diminuer ; la maladie continua cependant à marcher, et la jeune malade succomba le onzième jour.

La troisième, âgée de 4 ans, était déjà affaiblie, débilitée par une coqueluche dont le début datait de sept semaines. La phlegmasie dura quinze jours ; on la combattit par deux applications de sangsues et par l'emploi des vésicatoires. On administra également pendant les huit derniers jours une potion gommeuse contenant d'abord deux grains de kermès, puis ensuite trois, dose à laquelle on s'arrêta. L'influence de ces moyens thérapeutiques fut nulle.

On peut conclure de ces faits que les émissions sanguines n'ont pas été plus heureuses dans les coqueluches compliquées de pneumonie, que dans les autres maladies dans le cours desquelles cette phlegmasie peut également survenir. J'aurais pu ajouter à cette liste un cas de pneumonie lobulaire douteuse observée chez une enfant de 8 ans et guérie sans émissions sanguines. Mais la présence du seul râle sous-crépitant à bulles assez grosses, et l'absence complète du souffle, bien que cependant la dyspnée et les symptômes généraux eussent une intensité assez grande, m'ont fait hésiter à la ranger dans cette classe. Je signale seulement ce fait.

Croup. La pneumonie lobaire, mais plus souvent la pneumonie lobulaire, peut compliquer le croup, surtout quand cette affection s'est étendue aux bronches. L'existence d'une bronchite pseudo-membraneuse rend facilement compte du développement de cette phlegmasie, mais doit faire supposer aussi qu'on ne peut attendre qu'un bien faible succès de l'emploi des émissions sanguines pour combattre la maladie spécifique.

Je n'ai observé qu'un seul cas de croup à l'hôpital des Enfants. La jeune fille, âgée de 9 ans et demi, fut amenée dans cet établissement, le huitième jour de la maladie, dans un état extrêmement grave. Bien qu'on pensât que l'affection pseudo-membraneuse se fût étendue aux bronches, on se décida à pratiquer la laryngo-trachéotomie à l'instant où la malade était dans un état tel, qu'on craignait à chaque instant de la voir expirer. L'opération réussit ; les symptômes diminuèrent beaucoup d'intensité ; la malade expira cependant trente heures après, au milieu d'un calme assez grand ; elle fut suffoquée par une pseudo-membrane fort étendue qui se détacha de la trachée par son extrémité supérieure et vint en obstruer complétement le calibre. On trouva à l'autopsie, outre les fausses membranes siégeant dans toute l'étendue de la trachée et des bronches, une pneumonie lobulaire double. Elle était mamelonnée, très-disséminée ; son existence n'avait été que soupçonnée. Elle ne fut pas combattue par des émissions sanguines générales et locales directes. On avait seulement appliqué trois fois des sangsues au-devant du larynx pendant les quatre jours qui précédèrent l'entrée de la malade à l'hôpital.

Affections cérébrales et médullaires. — Je répéterai seulement ce que j'ai dit autre part. Sur 18 cas de meningite aiguë, j'ai trouvé une fois une hépatisation rouge presque complète du lobe inférieur, et, dans un autre cas, des traces d'inflammation au premier et au deuxième degré du parenchyme pulmonaire autour de tubercules crus, ramollis, ou de petites cavernes. J'ai trouvé également une pneumonie lobaire dans un cas de ramollissement de la moelle.

Le développement d'une pneumonie finale sous l'influence de maladies générales si graves et si souvent caractérisées par une adynamie profonde, n'a rien qui doive surprendre, et se rattache aux idées émises déjà plusieurs fois dans le cours de ce travail. Dans ces trois cas aucun traitement spécial n'a été dirigé contre la phlegmasie pulmonaire.

Après avoir examiné les maladies assez nombreuses que la pneumonie peut compliquer chez les enfants surtout, je devrais peut-être en tirer quelques conclusions ; mais je craindrais qu'on ne m'adressât le reproche d'avoir voulu poser des lois déduites d'un nombre de faits peu considérable. Telle n'a pas été cependant ma pensée, et ce travail n'est nullement destiné à nous conduire à blâmer telle ou telle pratique médicale ; mon intention seulement a été de présenter le tableau des faits que j'ai observés sous

le rapport de la terminaison, de l'étiologie et de la thérapeutique de la pneumonie simple et compliquée des enfants, et d'en tirer non pas des conclusions absolues ou bien des lois, comme on veut encore les appeler, mais des conclusions qui soient le résultat seul des observations que j'ai recueillies. Ce sont des matériaux qui contribueront peut-être à éclairer la question si difficile de l'emploi des émissions sanguines dans les phlegmasies pulmonaires, et spécialement chez les enfants.

1° La pneumonie survient rarement chez des enfants dans un état parfait de santé.

2° Elle se développe le plus souvent chez des jeunes sujets, affaiblis par des maladies antérieures ou élevés au milieu de circonstances hygiéniques défavorables.

3° Elles se produisent encore sous l'influence directe de maladies aigues dont le caractère est adynamique et spécifique.

4° L'état général de l'économie ou la nature des maladies qui se compliquent de pneumonie fait prévoir le peu d'influence des émissions sanguines.

5° Dans la première classe où nous avons étudié les pneumonies simples en apparence, nous voyons celles-là seules qui ont débuté chez des enfants au-dessus de 5 ans et en bonne santé, être suivies de guérison.

L'âge, en effet, a une grande influence sur la gravité de la pneumonie et sur son traitement. De 2 à 5 ans, elle est plus fréquente et plus grave. Au-dessus de cet âge elle est plus rare et cède beaucoup plus facilement à l'emploi des émissions sanguines.

6° Les pneumonies compliquant la rougeole sont le plus souvent mortelles. Nous avons eu la proportion effrayante de 20 morts sur 21 cas.

7° Il en est de même dans les autres maladies que j'ai étudiées; il serait inutile de retranscrire ici les conclusions que j'ai tirées à la fin de chaque chapitre.

Quant à décider la question de savoir si l'emploi des émissions sanguines a été plus utile que nuisible, et si, par exemple, la mortalité n'eût pas été plus grande et la durée de la maladie plus longue sans elles, il est difficile de se prononcer d'une manière absolue. Je ne puis que formuler ici une opinion dubitative. Je pense en effet que les émissions sanguines générales ou locales employées chez les enfants affectés de pneumonie ont eu pour résultat de débiliter l'organisme et d'accélérer la terminaison fatale de la maladie.

Si je compare la mortalité dans les faits que je présente avec celle des relevés de MM. Barthez et Rilliet, je la trouve beaucoup plus grande dans les premiers. Ce résultat ne confirmerait-il pas l'opinion que je viens d'émettre. Du reste, malgré ma conviction presque complète, je ne l'affirmerais pas positivement.

(Toutes les observations sur lesquelles est basé ce travail ont été recueillies exclusivement chez des filles. Je ne puis donc donner aucun résultat sur l'influence des sexes.)

Stomatite gangréneuse.—Sa nature,—ses causes,—son traitement (1).

Avant de commencer la description de la stomatite gangréneuse des enfants, je dois d'abord entrer dans quelques détails pour bien faire comprendre quelle est la maladie qui fait le sujet de ce travail.

Dans ce but, je vais éliminer certaines affections de la bouche qui portent le nom de stomatite, et sont tout à fait étrangères à mon sujet.

Mes recherches ne portent point :

1° Sur la stomatite franche erythémateuse ou aphtheuse. Cette maladie purement inflammatoire et souvent causée par l'application directe de substances irritantes, guérit spontanément dès qu'on enlève la cause qui l'a produite, et d'ailleurs elle ne présente rien de spécial chez les enfants;

2° Sur une stomatite que j'appellerai exanthémateuse, qui s'observe souvent dans la scarlatine et la rougeole, qui n'est qu'une extension de l'exanthème à la muqueuse buccale, et cesse ordinairement avant l'éruption cutanée, bien qu'elle ait paru après elle;

3° Sur le muguet. Le muguet est une maladie générale dans laquelle tout le tube digestif peut être envahi par une inflammation plastique, pultacée, et à part de rares exceptions elle se développe chez des sujets plus jeunes que ceux qui sont admis à l'hôpital des Enfants malades, où j'ai recueilli les faits qui forment la base de ce travail.

Je ne veux traiter ici que de la stomatite gangréneuse. Je comprends sous ce nom le charbon des joues, et les stomatites couenneuse et ulcéreuse des auteurs. Toutes ces affections, qu'on a séparées jusqu'à ce jour, ne me semblent que des variétés d'une même maladie : la gangrène; et j'espère que ma conviction sera partagée par toutes les personnes qui liront ce mémoire.

Formes. — La stomatite couenneuse est caractérisée par l'exsudation d'une matière épaisse grisâtre, quelquefois marbrée de noir.

La forme ulcéreuse par une perte de substance

---

(1) Ce mémoire a été fait d'après l'inspection attentive de plus de 200 cas de stomatite et 107 observations prises avec soin dans tous leurs détails pendant quatre années à l'hôpital des Enfants malades de Paris.

plus ou moins profonde, à bords élevés taillés à pic, à fond grisâtre.

La forme charbonneuse par une couleur noirâtre, un ramollissement putride des parties affectées.

Je me borne pour le moment à ces indications succinctes; je donnerai plus loin une description détaillée des trois formes de la gangrène.

Causes. — Age. — La stomatite gangréneuse est une maladie de l'enfance. Dans les traités de pathologie, on ne l'a pas signalée chez l'adulte, et sur un mouvement de dix-neuf cents malades à l'Hôtel-Dieu, service de M. Jadioux, année 1837, je n'en ai observé qu'un seul cas, encore cette stomatite couenneuse n'était-elle pas parfaitement semblable à celle des enfants, et nous avons dû soupçonner que notre malade avait fait usage de préparations mercurielles. Il semble cependant que certaines localités, certaines professions, exposent quelquefois les adultes à cette maladie. M. Bouneau m'a dit en avoir observé un assez grand nombre dans le quartier qui avoisine le canal Saint-Martin, et particulièrement chez les marchands de vins.

C'est une maladie très-commune; elle atteint bien un vingtième au moins des enfants qui sont à l'hôpital; et une grande partie de ceux qui s'y présentent en foule à la consultation chaque jour.

Ce chiffre ne peut être regardé que comme approximatif. Je n'ai pu recueillir l'observation de tous les cas de stomatite existant simultanément à l'hôpital, les registres n'indiquent pas exactement la nature des maladies, et, comme on le verra plus bas, toutes les stomatites qu'on observe dans les salles ne viennent pas du dehors.

Classes de la société. — Frappé de la fréquence de cette affection chez les petits malades confiés à nos soins, j'ai consulté à ce sujet plusieurs médecins spéciaux qui traitent en ville un grand nombre d'enfants malades, et ils m'ont dit l'avoir observée rarement dans leur clientèle; encore, dans les cas rares qui se sont présentés à eux, ils avaient presque constamment affaire à des enfants placés dans les mêmes conditions que ceux qui sont admis à l'hôpital : c'étaient les enfants de personnes peu aisées, de portiers, d'ouvriers nécessiteux, de marchands d'un ordre inférieur. Quelquefois cependant elle se développe chez des enfants riches, placés dans les meilleures conditions hygiéniques; mais, à part de rares exceptions, ces sujets sont débiles, convalescents, ou chez eux la maladie n'est pas spontanée; une cause d'irritation longtemps continuée enflamme la joue, les gencives; et une constitution détériorée donne à cette irritation un caractère gangréneux.

Age. — J'ai observé la stomatite depuis l'âge de dix-huit mois jusqu'à quinze ans, mais beaucoup plus souvent de cinq à dix, qu'avant ou après cette époque de la vie.

Sexe. — Elle m'a paru beaucoup plus fréquente chez les garçons que chez les filles. Cette différence de proportion tient-elle à ce que les premiers sont en général plus négligés par leurs parents? Je serais assez porté à le croire.

Dentition. — Le renouvellement des dents ne m'a pas semblé avoir une grande influence sur sa production. En effet, c'est plus fréquemment après ou avant la septième année qu'elle s'observe, et rarement se voit-elle à l'époque de la première dentition.

Santé générale. — Maladies. — Elle se développe quelquefois au milieu de la meilleure santé chez des enfants robustes; mais alors elle est presque toujours traumatique, provoquée par le contact incessant de la muqueuse buccale avec un fragment aigu de dent, par une plaie, une brûlure, une ulcération, etc.

Le plus souvent on la voit chez des enfants chétifs, affaiblis par des maladies graves qui ont nécessité des évacuations sanguines abondantes, une diète prolongée.

1° A la suite de quelques pneumonies intenses;

2° Quelquefois, mais rarement, après la fièvre typhoïde;

3° Plus souvent à la suite des fièvres éruptives.

Je dois entrer ici dans quelques détails. Il semblerait au premier abord que la variole qui, par son extension à la muqueuse buccale, détermine la formation de pustules et d'ulcérations consécutives, devait amener à sa suite un plus grand nombre de stomatites; il n'en est rien, toutefois; et si pendant la période de suppuration on observe une salivation abondante, un gonflement de la bouche, ils sont dus à une modification de la muqueuse bien différente de celle qui nous occupe : c'est alors un gonflement accompagné de rougeur, de tension, de douleur qui siége autour des pustules, une inflammation analogue à celle qui se remarque à la peau autour des boutons remplis de pus. Une fois seulement j'ai observé une stomatite ulcéreuse chez un enfant convalescent de variole, encore ne siégeait-elle pas dans un point couvert primitivement de pustules. Elle résista à tous les moyens de traitement employés, gargarismes, cautérisations, et finit par perforer la lèvre inférieure.

La stomatite gangréneuse se voit plus souvent après la rougeole et surtout après la scarlatine. Elle n'est pas, dans ces cas, liée à l'éruption rubéolique ou scarlatineuse de la bouche, car elle se développe de préférence dans la convalescence à l'époque où l'éruption propagée à la muqueuse a disparu déjà depuis plusieurs jours.

Elle se manifeste de préférence encore sur les su-

jets atteints d'une de ces anasarques si fréquentes après la desquamation de la scarlatine. Il est très-rare d'observer la stomatite après d'autres maladies aiguës : je ne l'ai jamais vue dans la méningite ou les autres affections cérébrales aiguës ; mais ces maladies, qui se terminent toujours par la mort, sont ordinairement de courte durée, et nous avons établi qu'on voyait presque constamment la stomatite à l'époque de la convalescence des maladies aiguës. On la rencontre fréquemment chez des enfants atteints depuis longtemps de diarrhée abondante, entretenue par une atonie, un ramollissement gélatineux, ou une inflammation chronique de l'intestin grêle ou du gros intestin. Rarement la voit-on dans les affections tuberculeuses de l'abdomen. Si dans ces maladies, ce qui est rare d'ailleurs, on observe une affection de la bouche, elle est, comme chez l'adulte, constituée par des aphthes. On peut voir par cette coïncidence presque constante une preuve nouvelle que les deux maladies (aphthes et gangrène) sont différentes, et que ma distinction était fondée. Pourquoi en effet si ces deux espèces de stomatite étaient d'une nature identique, et qu'on dût les regarder seulement comme deux formes, deux nuances d'une même affection, ainsi que l'ulcéreuse et la couenneuse ; pourquoi, dis-je, rencontrerait-on toujours les aphthes et presque jamais la gangrène dans les phthisies ; toujours la gangrène et jamais les aphthes dans les autres affections dont j'ai parlé plus haut. Après la rougeole et la scarlatine, dans les cachexies, on remarque indifféremment les formes couenneuse, ulcéreuse et charbonneuse ; seulement l'intensité de la gangrène est d'autant plus grande que le sujet est plus débile. On pourrait, il est vrai, soutenir que la phthisie peut produire aussi la cachexie, puisqu'elle s'accompagne d'ulcères aux jambes et au sacrum, d'œdème aux extrémités, d'ecchymoses sous-cutanées. Mais les faits sont là pour répondre à cette assertion. La stomatite gangréneuse ne se voit que rarement dans la phthisie, il faut reconnaître là l'influence d'une cause cachée qui donne à chaque maladie ses complications spéciales : le catarrhe à la fièvre typhoïde, la pneumonie lobulaire à la rougeole, la péricardite au rhumatisme articulaire.

On voit souvent la gangrène de la bouche compliquer les affections dartreuses : eczema, impetigo, rupia, ecthyma, lupus, etc., la teigne, les scrofules, les ophthalmies scrofuleuses, catarrhales, à toutes les époques de leur durée ; rarement elle coïncide avec l'ophthalmie purulente, sans doute à cause de sa marche aiguë.

Ici encore je dois établir une distinction. Les scrofuleux, les teigneux viennent quelquefois du dehors avec des stomatites ; ces derniers surtout, quand ils sont en traitement ; rarement il en est de même pour les sujets atteints d'ophthalmies et d'affections chroniques de la peau.

La fréquence de la stomatite, en pareil cas, est peut-être due en grande partie aux mauvaises conditions hygiéniques que présentent certaines divisions de l'hôpital des Enfants de Paris. Pour prouver ce que j'avance, il est nécessaire de donner ici de courtes notions sur la topographie, la disposition des salles, et sur les autres circonstances qui entourent les petits malades qu'on y reçoit.

Les salles destinées aux ophthalmies et aux affections chroniques de la peau pour les deux sexes sont peu aérées, percées d'un petit nombre de fenêtres, qu'encore n'ouvre-t-on pas souvent ; elles sont froides, obscures, humides, et constamment exhalent une odeur infecte. On y reçoit des paralytiques, des gâteux (1) ; les lits de bois, rarement réparés, plus rarement renouvelés, s'imprègnent de miasmes putrides de toute espèce ; les salles des filles sont en outre placées immédiatement sous les toits, très-voisines d'une étable, d'une salle de bains et d'une cour où l'on amasse du fumier.

Dans les salles des teigneux, nous trouvons les mêmes conditions réunies : aération incomplète, lits de bois, salles froides et humides. A l'odeur fétide due aux exhalaisons des éruptions du cuir chevelu se joint une odeur infecte des latrines, qui s'ouvrent dans la salle. La nourriture qu'on donne à ces enfants, meilleure pour la plupart d'entre eux que celle qu'ils trouvent chez eux, laisse cependant beaucoup à désirer.

Scrofuleux. — Les salles des garçons scrofuleux sont basses, obscures, humides, sans caves au-dessous. Les lits sont en fer ; mais cet avantage est tristement compensé par une exposition à l'ombre sous de grands arbres et par le voisinage d'une salle de bains qui s'ouvre dans le dortoir du bas. On y sent toujours une odeur très-fétide, fournie par la suppuration des plaies et des ulcères.

Les salles des scrofuleuses bien aérées, bien claires, exposées au soleil, meublées, l'une du moins de lits de fer, bâties au-dessus de vastes caves, sont pourtant fort malsaines, témoins, ces nombreux cas de pourriture d'hôpital qu'on y voit toute l'année, surtout pendant les temps humides. Dans toutes les salles dont je viens de parler, on rencontre un bon nombre de stomatites.

Dans le service de la chirurgie, on reçoit des enfants atteints de fractures, brûlures, plaies, contusions, et quelques scrofuleux, les uns pour y être amputés, les autres pour y rester jusqu'à guérison complète sans opération.

---

(1) On désigne dans les hôpitaux, sous le nom de *gâteux*, les malades qui rendent, dans leur lit, les urines et les matières fécales.

Celle des garçons est placée au premier étage, bien saine, bien aérée, et la stomatite s'y montre fort rarement, et seulement chez les sujets atteints de plaies anciennes, de suppurations chroniques abondantes.

Celle des filles est basse, humide, mal aérée, placée au rez-de-chaussée, voisine de latrines infectes, d'une étable et d'un magasin où on étend des paillassons couverts de déjections alvines. On y rencontre assez souvent la stomatite, la pourriture d'hôpital et la gangrène des parties génitales. On peut voir ici quelle grande part on doit assigner à l'hygiène des salles dans la production de la stomatite; car les enfants des deux sexes y sont reçus en chirurgie pour des affections identiques, et cependant la salle bien saine des garçons n'offre que très-peu de cas de stomatite, tandis que la salle malsaine destinée aux filles en présente un assez grand nombre.

Galeux. — C'est une chose fort rare de voir des cas de stomatite dans les salles des galeux, et cependant on y reçoit souvent des enfants atteints d'affections semblables à celles qui sont traitées dans les salles des dartreux (prurigo, ecthyma, eczema chronique, etc.). Les salles y sont basses et humides, la nourriture grossière, les vêtements insuffisants pour défendre du froid. On doit expliquer la rareté de la maladie par les raisons suivantes :

1° Les enfants ne font en général qu'un séjour assez court à l'hôpital;

2° Ils ne passent guère dans les salles que le temps nécessaire au sommeil; ils passent le reste de la journée à jouer dans une vaste cour, ou se livrent à des occupations assez actives, travaillent à la buanderie. Quand il pleut, on les réunit dans une salle un peu humide, mais très-haute, assez aérée;

3° Ils prennent cinq fois par semaine des bains sulfureux prolongés, dont l'action tonique peut s'opposer au développement d'une affection cachectique, comme la gangrène.

Les salles consacrées aux maladies aiguës sont bien saines, placées au premier étage, exposées au soleil, assez bien chauffées en hiver. Les enfants y reçoivent une nourriture suffisante et presque délicate : aussi la stomatite ne s'y montre guère. Quand on l'observe, c'est sur les sujets qui, pendant un séjour prolongé, ont contracté successivement toutes les affections endémiques à l'hôpital : la scarlatine, la rougeole, les éruptions varioliformes; et ils ne sont atteints de stomatite que quand il ne leur reste plus aucune autre maladie à gagner.

Le traitement qu'on emploie contre certaines maladies n'est pas sans influence sur la stomatite. J'ai déjà parlé de celle d'une diète prolongée, d'évacuations sanguines et abondantes. Ce que je viens ajouter est relatif au traitement de la teigne, quelle que soit sa nature : favus, eczema, impetigo, pityriasis, psoriasis du cuir chevelu.

La stomatite est rare quand on traite les enfants teigneux par des purgations répétées et des pommades préparées avec le goudron, le cresson, le soufre sublimé, l'iodure de soufre, le calomel, le liniment savonneux hydro-sulfuré; elle est fréquente au contraire chez les enfants confiés aux soins des MM. Mahon, qui emploient des poudres épilatoires fort actives dont la composition est restée secrète.

En 1836, M. Blanc, officier de santé, obtint l'autorisation de traiter quelques teigneux de l'hôpital, au moyen d'une huile de son invention, huile verte, et probablement arsenicale. Outre les vomissements, la diarrhée, les douleurs épigastriques dont l'intensité fit bientôt renoncer à cette médication d'ailleurs infructueuse contre la teigne; outre ces accidents, dis-je, on observa un grand nombre de maux de bouche.

Conditions hygiéniques. — J'ai dit que la stomatite se développait de préférence chez les enfants des pauvres. Cette prédilection ne pouvait tenir qu'aux mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles ils se trouvent placés.

Ainsi j'ai pu constater dans plus des neuf dixièmes de mes observations que les sujets étaient mal logés, mal vêtus, mal nourris.

Quelques-uns logeaient dans des garnis où ils étaient entassés par cinq ou six, sur un peu de paille sale et humide; d'autres n'avaient pas d'asile et avaient été ramassés par la police sous des arches de pont, dans des fours à plâtre.

Ceux-ci sont couverts de haillons, ne portent pas de chemise ou en changent fort rarement, et sont dévorés de vermine de toute sorte.

Ceux-là ne vivaient que de pommes-de-terre ou cherchaient leur vie dans les ruisseaux ou les tas d'ordures.

Le plus souvent, un même individu présentait toutes ces conditions réunies.

Profession. — Je n'ai jamais vu une profession à laquelle on pût, dans un seul cas, rapporter le développement de la maladie. Un très-petit nombre de nos malades étaient sérieusement occupés; les autres allaient à l'école ou vagabondaient dans les rues. Ceux qui se vantaient d'appartenir à une profession étaient apprentis et passaient presque toute leur journée à faire des courses.

Je n'ai jamais remarqué que la maladie se montrât plus souvent chez les enfants occupés à manier des métaux : les doreurs sur bois ou sur cuivre, les ciseleurs, les fondeurs, les fabricants de céruse, les bijoutiers en or ou en faux, les polisseurs d'or ou d'acier, les peintres sur papiers, etc.

Saisons. — La stomatite se développe de préférence dans le printemps et l'automne, quelquefois l'hiver; on ne la voit guère en été, à moins que cette saison ne soit humide et un peu froide. Cette con-

dition de l'humidité de l'atmosphère paraît avoir une grande influence sur la production de la stomatite comme de la pourriture d'hôpital; car, dans les hivers comme dans les automnes secs, on en observe bien moins de cas que dans les circonstances contraires; et si, après avoir employé vainement un grand nombre de remèdes, on abandonne les maladies à elles-mêmes, on les voit souvent se modifier avantageusement quand le temps, qui était humide, devient sec.

Division. — La stomatite se voit sous les formes sporadique et épidémique; elle est contagieuse.

1° *Sporadique.* — Toutes les variétés de stomatite peuvent se montrer isolées; cependant on n'a que peu d'occasions d'observer la forme sporadique; et, dans ces cas, on a presque constamment affaire à une stomatite charbonneuse si la maladie est spontanée, ou elle est traumatique et causée par un agent irritant.

Le plus souvent elle se montre sous forme épidémique; elle règne dans tout un quartier, dans les salles de l'hôpital des Enfants, à l'hospice des Orphelins, dans les maisons de travail, de refuge, de correction, dans les salles d'asile, les maisons de charité tenues par les sœurs, dans quelques pensionnats d'un ordre inférieur.

Elle est évidemment contagieuse. La transmission possible, par voie de contagion, est souvent douteuse pour certaines maladies; mais on ne peut la révoquer en doute pour la plupart de celles qui s'accompagnent d'un exanthème ou d'une sécrétion irritante.

Le liquide sécrété est susceptible de transmettre la stomatite couenneuse et ulcéreuse. J'ai pu nombre de fois constater qu'elle avait été gagnée par des enfants qui mangeaient ou buvaient avec la cuiller, le verre servant à des enfants atteints de cette maladie, et, dans ces cas, elle se développait primitivement sur les parties en contact avec le verre, avec la cuiller chargés du liquide septique.

La transmission se fait-elle au moyen des miasmes contenus dans l'air? Il est difficile, sinon impossible, de la constater dans des localités où la maladie est presque endémique et peut se transmettre par des attouchements dont on n'est pas toujours instruit.

La stomatite charbonneuse ne m'a jamais paru communiquée d'un enfant à un autre; cela peut tenir à ce qu'on isole en général les sujets qui en sont atteints, et qu'on veille avec grand soin à ce que leurs verres ne servent qu'à eux. Mais quelquefois il arrive qu'on emploie sans précaution chez eux et chez des enfants qui n'ont qu'une stomatite couenneuse ou ulcéreuse la même seringue pour injection, et jamais je n'ai vu le charbon se gagner en pareil cas.

Elle ne se communique pas par les miasmes. Souvent on est frappé, en entrant dans une salle, de l'odeur fétide qu'elle exhale, et cependant les autres enfants y demeurent sans le moindre inconvénient. Rien n'est plus rare que d'observer deux cas de stomatite charbonneuse simultanés, tandis qu'on voit souvent dix ou douze cas de stomatite couenneuse ou ulcéreuse à la fois dans la même salle.

Tout ce que je viens de dire a trait à la stomatite qui survient spontanément. J'ai quelques mots à ajouter pour compléter l'histoire des causes sur celle que j'appellerai traumatique.

Elle est le plus souvent produite par un fragment de dent aigu qui irrite ou déchire la joue, les lèvres ou la langue, par une altération chronique des dents consistant en une coloration grise ou brunâtre, qui résiste aux lotions répétées, aux dentifrices les plus actifs, et entretient un gonflement chronique des gencives;

Par une carie dentaire, soit que le liquide sécrété par la pulpe de la dent ait des propriétés septiques, soit que l'irritation gengivale développée autour de l'ostéite s'étende aux autres parties et revête un caractère gangréneux;

Par une fracture, une carie, une nécrose des alvéoles ou des branches du corps des os maxillaires;

Par une plaie, un ulcère syphilitique ou scrofuleux de la bouche ou des fosses nasales, un abcès froid développé dans l'épaisseur de la joue.

Je n'ai jamais vu la stomatite succéder à des ulcérations produites par l'usage du mercure ou du tartre stibié donné à haute dose.

Ces éruptions stibiées qui se voient très-fréquemment chez les sujets qu'on traite par la méthode rasorienne pour des pneumonies, se cicatrisent fort promptement, et ne revêtent jamais, même chez les sujets débiles, un caractère gangréneux.

Siége. — La stomatite gangréneuse se voit sur toutes les parties de la muqueuse buccale; mais on la rencontre de préférence sur les gencives, puis sur les joues, les lèvres, moins souvent sur les bords de la langue, plus rarement encore sur la voûte palatine et sur celle du plancher de la bouche.

Pour les gencives, on la trouve le plus souvent à leur bord libre; quelquefois la maladie, enrayée par un traitement convenable, s'arrête après avoir détruit la partie la plus superficielle de ce bord. Dans tous les cas, c'est par le bord dentaire qu'elle débute.

Pour la joue, le siége est variable suivant la cause. Si la stomatite est spontanée, elle se développe de préférence sur la partie moyenne, celle qui se trouve entre les arcades dentaires, là où la salive, apportée par le conduit de Sténon, dissout la matière contagieuse et la répand tout d'abord.

Si elle est produite par une carie dentaire, une

plaie, une déchirure, c'est vers le point correspondant qu'elle siége.

Pour les lèvres, c'est tantôt la supérieure, tantôt et le plus souvent l'inférieure, rarement toutes deux; pour les gencives, l'inférieure est plus souvent atteinte que la supérieure seule, moins souvent que toutes les deux à la fois.

Pour le palais, c'est ordinairement à la partie la plus profonde, excepté dans le cas de stomatite charbonneuse. La maladie, rare d'ailleurs dans cette région, siége de préférence dans sa partie antérieure.

A la langue, c'est toujours sur les bords, plus près de la base que de la pointe. Je ne l'ai jamais vue dans sa partie moyenne ni à la pointe.

Il est en outre un siége spécial pour chacune des formes.

Ainsi la stomatite charbonneuse siége de préférence, et presque exclusivement, à la partie moyenne de la joue, rarement à la partie antérieure de la voûte palatine, jamais à sa partie postérieure, jamais à la langue. Quelquefois on la voit à l'une des lèvres ou au plancher de la bouche, mais encore ici elle n'est pas primitive ou succède à la stomatite couenneuse et ulcéreuse.

La stomatite franchement ulcéreuse se voit sur toutes les parties de la bouche.

La forme couenneuse ne se présente jamais sur la langue ni sur la voûte palatine.

Étendue. — Aux gencives la stomatite est le plus souvent générale, mais quelquefois partielle.

Aux joues, à la langue, au palais, elle est, à part des cas fort rares, bornée à un seul côté. Les deux lèvres ne sont presque jamais atteintes simultanément.

Anatomie pathologique.

Que la gangrène siége aux joues, aux lèvres, au palais, à la langue, on trouve toujours des altérations identiques dans ces différentes parties; les modifications qu'elle y présente dépendent uniquement de la forme que revêt la maladie et de la manière dont elle s'est produite. Elles diffèrent, par exemple, suivant que la stomatite est lente ou aiguë, traumatique ou spontanée; j'entends ici par spontanée celle qui survient sans déchirure préalable de la muqueuse buccale. Cette dénomination que j'ai employée faute d'une autre plus convenable ne me paraît pas tout à fait exacte : on n'a pas encore résolu complétement, et les observations n'éclairent pas suffisamment cette question de savoir si la stomatite peut se développer spontanément et primitivement ailleurs qu'aux gencives. M. Guersent dit, article *Stomatite* (*Dict. de Médecine*, 21 volumes) que, dans la plupart des cas, sinon toujours, la maladie qui s'étend aux joues, aux lèvres, etc., a débuté par les gencives. Sa proposition me semble vraie; seulement je crois qu'il ne l'a pas assez généralisée. Pour ma part, j'ai toujours vu la stomatite des joues, des lèvres, consécutive à une gangrène des gencives, et développée au côté de la joue, de la lèvre, sur lequel avait lieu le contact avec la gencive affectée.

J'ai pu le constater dans quatre-vingt-neuf cas.

On a rarement occasion d'observer à l'autopsie la lésion élémentaire qui constitue le premier degré de la stomatite; elle est habituellement fort avancée quand les sujets succombent, et on ne peut retrouver ces altérations primitives que quand la maladie, au lieu d'envahir simultanément toutes les parties qui sont souvent gangrénées, s'étendait progressivement et avec lenteur. Dans ces cas, on observe tous les différents degrés.

Aux gencives.—Dans les points où l'affection est commençante, on voit à la surface une exsudation blanche pultacée, au-dessous de laquelle le tissu gengival est gonflé, violacé, ramolli. A un degré plus avancé, ce tissu est noirâtre, réduit en pulpe fétide, s'enlève par lambeaux; les dents, si elles ne sont point tombées avant la mort, sont ébranlées, se détachent au moindre effort; les parois des cavités alvéolaires sont dénudées, noires et nécrosées.

Aux joues, aux lèvres, au palais, à la langue. —Le premier degré de la stomatite est constitué par de petits points d'un blanc mat, un peu jaunâtre, qui forment une saillie fort légère, bien moindre que celle des aphthes. Si on enlève l'épithélium qui est épaissi, cassant, on voit une petite production plastique analogue à celle qu'on trouve au huitième ou neuvième jour dans les pustules varioliques. Cette concrétion est adhérente aux parties sous-jacentes par de petits prolongements membraneux, et constamment au-dessous d'elle on voit une petite ulcération à bords frangés, rouges, saignants.

Jusqu'ici, les caractères anatomiques sont les mêmes pour les deux formes; mais si la maladie est plus avancée, on rencontre des altérations peu différentes, selon qu'elles appartiennent à la forme couenneuse ou à la forme ulcéreuse.

Forme couenneuse.—L'épithélium est enlevé. La partie malade est couverte d'une plaque irrégulière, jaunâtre, fétide, assez molle, d'une épaisseur, d'une largeur variables, adhérente au tissu. Si elle est sur le point de se détacher, elle adhère peu, et se trouve immédiatement en contact avec une semblable qui devait la remplacer. Au-dessous de la couche ou des couches successives, on voit constamment une ulcération à bords taillés à pic, gonflés et ecchymosés.

Si la maladie est franchement ulcéreuse, au lieu

d'une couche épaisse, d'une véritable eschare, comme dans le cas précédent, on ne voit qu'une matière pultacée grisâtre qu'on peut prendre pour un ramollissement gangréneux ou putride des parties affectées. Cette petite production est très-molle, non adhérente, et cache une ulcération profonde. Cette forme diffère de la précédente, en ce que la couche couenneuse est beaucoup moins considérable, et l'ulcération bien plus profonde. Cette différence est semblable à celle qu'on remarque entre les deux variétés de la pourriture d'hôpital.

Quelle que soit la forme, on rencontre toujours autour des parties gangrénées un gonflement assez marqué qui tient à la fois du phlegmon et de l'œdème.

Gangrène noire.—Si elle succède à l'une des deux premières formes, on voit les parties affectées converties en une matière homogène, noirâtre, très-ramollie, sans distinction possible de fibres, qui exhale une odeur gangréneuse très-marquée, moins cependant que pendant la vie; autour de l'eschare, les parties sont infiltrées, jaunâtres; les altérations diffèrent, si elle est primitive. A la joue, par exemple, la peau et la muqueuse buccale sont parfaitement saines, ou seulement légèrement infiltrées d'un liquide gélatineux; mais les parties contenues entre les deux membranes, c'est-à-dire le tissu cellulaire graisseux, le muscle buccinateur, sont convertis en une matière d'abord jaunâtre, qui devient noire ensuite. A un degré plus avancé, la joue, la muqueuse participent à la destruction putride; les os sont noirs, nécrosés, quelquefois en partie détachés. Si l'eschare est tombée, la cavité buccale est largement ouverte; les dents, les os à nu, les bords de la plaie ramollis, gangrénés.

J'ai souvent cherché à reconnaître ce que devenaient les vaisseaux et les nerfs dans les parties gangrénées; je les ai toujours trouvés confondus avec les autres tissus, et impossibles à distinguer.

On trouve constamment aussi après la stomatite des altérations notables dans les autres organes; la proportion relative d'intensité pour les lésions de la bouche et celle des viscères varie suivant que la stomatite est venue se surajouter à une autre maladie, ou qu'elle en a été compliquée au contraire.

Après la gangrène couenneuse ou ulcéreuse indifféremment, on trouve souvent une infiltration générale de sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les poumons, quelquefois le cerveau; des hydropisies du péritoine, des plèvres, du péricarde, des engorgements de la rate, un ramollissement ou une inflammation chronique du gros intestin, plus rarement de l'intestin grêle et de l'estomac; quelquefois des pneumonies partielles, qui tiennent à la fois de l'inflammation et de l'œdème. Je ne parle pas ici des pneumonies intenses, des phthisies pulmonaires avancées, qu'on trouve quelquefois compliquées d'une stomatite peu étendue. La gangrène n'a dans ces cas que peu d'importance, relativement à la maladie principale qui a déterminé la mort.

Après la gangrène charbonneuse, on rencontre toujours une lésion aiguë et très-marquée des viscères thoraciques. Cette lésion, sur trente-six cas, a toujours été bornée à un seul côté de la poitrine, et dix-sept fois seulement s'est présentée au côté correspondant à celui de la stomatite; j'ai trouvé vingt-huit fois une hépatisation grise d'un des lobes du poumon, dont vingt-quatre fois au lobe inférieur, deux fois au supérieur, deux fois au lobe moyen du poumon droit, quatre fois une pleurésie considérable, quatre fois une gangrène pulmonaire peu étendue, avec pneumonie autour de l'eschare.

Dans quatre cas, j'ai observé, concurremment avec la pneumonie, une destruction gangréneuse noire de la muqueuse du pharynx, de l'œsophage; et du grand cul-de-sac de l'estomac.

Dans trois cas, un ramollissement inflammatoire du gros intestin; dans tous les autres il n'y avait aucune altération des organes digestifs. Ainsi, dans la stomatite couenneuse ou ulcéreuse, on rencontre indifféremment des lésions chroniques ou aiguës des poumons, des intestins, de l'estomac, des membranes séreuses, tandis que dans le charbon des joues, primitif ou consécutif, on trouve constamment une altération aiguë des poumons ou des plèvres, le plus souvent une hépatisation pulmonaire. Aucun auteur jusqu'ici n'a fait mention de cette coïncidence frappante sur laquelle j'ai nombre de fois entendu insister M. le docteur Baudelocque.

Début, symptômes, marche.

Il est extrêmement difficile dans la plupart des cas de s'assurer de la manière dont débute la stomatite; en ville, à la consultation de l'hôpital, on ne réclame en général les soins du médecin que quand la maladie est déjà fort avancée. Dans ces cas, il est vrai, comme l'affection tend toujours à se propager, on peut voir encore en quelques parties la *lésion élémentaire*; mais à moins d'avoir observé un grand nombre de cas de stomatite, on ne peut être sûr que l'affection se propage de la même manière qu'elle a débuté.

A l'hôpital on n'est pas plus favorisé en général; on n'est guère averti par les religieuses ou les infirmières, que quand la maladie a déjà fait de grands progrès et résisté à des moyens de propreté employés assidûment. Toutefois, comme il me semblait important d'assister en quelque sorte au début de la stomatite pour la reconnaître et l'enrayer, je me suis résigné à une tâche pénible, qui, bien que souvent inutile, n'a pas laissé que de me conduire à quel-

ques résultats. Je me suis contraint à examiner chaque jour la bouche des enfants, qui par la nature de leurs maladies, les conditions physiologiques et hygiéniques dans lesquelles ils se trouvaient, étaient exposés à contracter la stomatite; voici le résultat de mes recherches :

Si la maladie siége aux gencives, elles deviennent gonflées, rouges, puis violacées, molles, fongueuses; elles saignent au moindre attouchement, et souvent même spontanément; les dents sont ébranlées. Il n'y a encore là qu'une affection scorbutique qui peut s'arrêter, soit seule, soit plus souvent après un traitement convenable; mais le plus ordinairement si on néglige la maladie elle fait des progrès incessants et revêt des caractères qui varient suivant que la forme est couenneuse ou ulcéreuse.

Forme couenneuse. — Les gencives sont couvertes d'une couche grisâtre pultacée infecte, qui se renouvelle à mesure qu'on l'enlève; elles sont rouges, violacées, inégales, hérissées de saillies frangées, dans les intervalles desquelles se voient des enfoncements irréguliers, où la muqueuse est excoriée plutôt qu'ulcérée. Cet aspect rappelle assez exactement celui de la face interne des os du crâne avec leurs saillies et leurs enfoncements alternatifs; à un degré plus avancé, les parties se détruisent successivement jusqu'aux os.

Si c'est la forme ulcéreuse franche, le bord libre se détruit d'abord, puis la destruction gagne de proche en proche les parties voisines; le fond de l'ulcère se couvre d'une petite couche grise, véritable eschare, formée aux dépens du tissu gengival, qui s'exfolie et se renouvelle incessamment.

Enfin, si un véritable charbon s'en empare, les gencives prennent une teinte noire, sont converties en putritage et se détachent par lambeaux avec les dents et des fragments d'alvéole.

Pour les autres parties de la bouche, si on les examine dès le début de l'affection, on voit un nombre variable de points d'un blanc jaunâtre, du volume d'une tête d'épingle, sans saillie bien prononcée; dans les intervalles qu'ils laissent entre eux, la muqueuse est rouge, gonflée, douloureuse. Quand ils sont rares et peu développés, on les rend plus visibles en opérant une légère traction sur la partie malade. Plus tard, l'épithélium est soulevé par l'exsudation blanchâtre qu'on voyait à travers sa transparence, et qui devient plus abondante; il est déchiré, la matière est expulsée, et on voit au-dessous une petite ulcération. Les ulcères partiels se réunissent, la fausse membrane se renouvelle, les parties affectées restent dans cet état pendant quelques jours, et on ne peut décider encore si la gangrène revêtira la forme couenneuse ou la forme ulcéreuse; plus tard les caractères se prononcent davantage. Si la maladie est couenneuse, on ne voit pas d'abord la solution de continuité, et la partie malade est au contraire élevée au-dessus du niveau des parties voisines; les bords gonflés de l'ulcère, qui existe constamment, sont cachés par l'exsudation.

Si c'est la forme ulcéreuse, soit que la maladie ait commencé ainsi que je viens de l'indiquer, soit qu'elle ait succédé à une excoriation, on voit une solution de continuité très-profonde, beaucoup plus longue que large, tapissée au centre et sur les bords par une couche grise assez épaisse, taillée à pic sur les côtés; comme symptômes accessoires, on observe un gonflement dur et un peu pâle de la face des lèvres, une haleine fétide, un écoulement abondant de salive infecte, brunâtre, qui irrite, excorie la commissure des lèvres.

L'enfant y éprouve un sentiment de chaleur et de douleur qui l'empêche d'exécuter la mastication.

Arrivée à ce point, la maladie peut rester stationnaire, entretenue par l'état général du sujet ou par une cause d'irritation constante, et passer à l'état chronique; mais le plus souvent on la voit augmenter ou elle guérit à l'aide de moyens bien entendus.

Si la guérison s'opère, l'exsudation est de moins en moins abondante; elle cesse enfin pour ne plus se reproduire. Le gonflement des bords et des parties extérieures diminue, le fond de l'ulcère n'est plus frangé, grisâtre, ecchymosé, et il pousse de tous côtés des bourgeons charnus qui se réunissent promptement. La cicatrice n'est plus apparente ordinairement au bout d'une quinzaine de jours. Pendant les premiers, on observe une coloration rouge plus vive que dans les autres parties, la muqueuse y est plus dure et plus épaisse; elle n'est pas lisse et régulière, mais présente un aspect gaufré à larges alvéoles. On pourra d'abord trouver une contradiction entre la disparition si prompte de l'aspect inégal de la cicatrice et de la dépression qu'elle offrait, et la profondeur de l'ulcère auquel elle a succédé; mais cette profondeur n'est qu'apparente, et produite par le gonflement inflammatoire des bords qui s'élèvent souvent au-dessus du niveau des parties restées saines.

Si la maladie tend à s'aggraver, les eschares se renouvellent promptement, deviennent plus épaisses, et la joue, les lèvres, peuvent être perforées par la destruction successive des parties sous-jacentes. Le plus souvent cette destruction est hâtée par une transformation de la gangrène grise en véritable charbon.

La stomatite charbonneuse spontanée s'annonce par un gonflement pâle des parties qui en sont le siége, accompagné d'un œdème des parties voisines, surtout des paupières; puis la teinte extérieure se colore davantage, devient rouge, la muqueuse est blanchâtre, s'ulcère, la peau noircit, et une eschare très-volumineuse, molle, infecte, noire, se détache par lambeaux du côté de la bouche. Celle-ci, qui

est plus tardivement affectée, l'est de suite plus profondément que la peau ; enfin, celle-ci se laisse ramollir et déchirer, les lambeaux se détachent, et il reste une vaste excavation ; les os sont à nu et tombent nécrosés. On n'observe guère cette chute des os que dans les cas suivis de guérison. Dans les autres, les complications qui surviennent emportent toujours le malade avant que l'élimination des eschares osseuses ait eu lieu.

Dans ces cas de guérison, d'ailleurs fort rares, les sujets portent des cicatrices bridées, très-difformes, semblables à celles des brûlures; la cavité buccale est singulièrement rétrécie par les adhérences de la cicatrice avec les os maxillaires, et ne peut qu'incomplétement accomplir ses fonctions.

Aussi, pendant les premiers temps, et jusqu'à la chute de l'eschare, douleur, gonflement, chaleur, odeur infecte de l'haleine, salive brunâtre, et gêne de la mastication.

La durée de la stomatite est très-variable. Pour les formes couenneuse et ulcéreuse, si on ne les traite pas, elles peuvent se prolonger plusieurs mois. La durée après le traitement ne peut être fixée à cause de la diversité des causes qui l'ont produite, et qu'on ne peut pas toujours éloigner.

La stomatite charbonneuse ne dure pas en général plus de quinze jours.

Les stomatites couenneuse et ulcéreuse se terminent le plus souvent par la guérison, se transforment quelquefois en charbon, et dans quelques cas rares passent à l'état chronique. La stomatite charbonneuse se termine presque toujours par la mort; les trente-six cas que j'ai observés ont eu cette issue funeste. La mort est causée en pareil cas par l'influence spécifique qui a produit la maladie, par l'absorption des miasmes, et la déglutition des liquides infects, par la douleur, la réaction fébrile, par la diarrhée colliquative fétide, par les inflammations pulmonaires latentes; jamais je ne l'ai vue causée par une hémorrhagie. Dans les ouvrages écrits sur la stomatite, il est dit qu'on remarque souvent des hémorrhagies abondantes, et pourtant, jamais, après la chute des eschares les plus étendues, je n'ai vu survenir d'écoulement sanguin assez considérable pour constituer un accident fâcheux.

Symptômes généraux. Complication. — Il est quelques enfants dont la santé n'éprouve aucune atteinte de la gangrène, et qui conservent leur appétit et leur gaîté; mais le plus souvent, dans la stomatite couenneuse et ulcéreuse et constamment dans la charbonneuse, ils deviennent tristes, perdent l'appétit, sont pris de diarrhée, rarement de vomissements; ils dorment peu la nuit, sont assoupis pendant le jour et tombent dans un affaissement profond quelques jours avant la mort. Leur pouls est fréquent et petit, la peau presque froide, souvent infiltrée, le ventre tendu, douloureux, fluctuant, la respiration embarrassée, la toux quelquefois fréquente. S'ils contractent une affection éruptive, celle-ci a toujours un caractère de malignité, et on peut remarquer que la stomatite fait des progrès plus rapides pendant sa durée, et après sa disparition.

Diagnostic. — Il est assez facile en général de reconnaître la stomatite : on est averti de sa présence, dès son début, par l'odeur caractéristique de l'haleine, l'odeur, l'abondance et la couleur de la salive. Je n'attache pas une aussi grande importance que le fait M. Guersent au gonflement des ganglions sous-maxillaires; d'abord je ne l'ai pas trouvé aussi constamment qu'il le dit (quatorze fois seulement sur soixante et onze cas de stomatite couenneuse ou ulcéreuse, quatre fois sur trente-six cas de charbon); et d'ailleurs il est peu d'enfants, atteints de teigne, d'éruption chronique de la face, des oreilles, ou même d'enfants sains d'ailleurs, qui ne présentent accidentellement un engorgement passager des ganglions cervicaux. Si on rencontre des engorgements lymphatiques du col chez les teigneux, les scrofuleux, qui sont, comme nous l'avons établi, très-prédisposés à la stomatite, ils ont toujours une fort longue durée, et sont presque constamment causés par la présence de matière tuberculeuse crue ou ramollie dans les ganglions cervicaux; ainsi ce symptôme ne doit avoir que peu de valeur, puisqu'on le rencontre souvent sans la stomatite, et qu'il ne coïncide pas toujours *avec elle.*

On ne pourrait confondre la stomatite au début qu'avec un petit nombre de maladies : 1. les aphthes; mais on l'en distinguera au peu de saillie que forment les petits points gangréneux, à leur couleur mate, à leur coïncidence avec une affection des gencives ; 2. la stomatite mercurielle; mais l'odeur de l'haleine est différente, les lambeaux blanchâtres, qui dans ce cas sont quelquefois volumineux, sont entièrement formés par l'épithélium qu'on peut facilement reconnaître; en outre il y a gonflement de la langue, l'inflammation s'étend à toute la bouche, toutes les dents sont ébranlées. Enfin les antécédents aideront puissamment à préciser la nature de la maladie.

La stomatite charbonneuse se reconnaît facilement à l'aide des signes que j'ai indiqués; la tension, la dureté des parties affectées, l'odeur de l'haleine, suffisent en général pour empêcher qu'on ne la confonde avec une fluxion de la joue, seule maladie qui offre des ressemblances avec elle. J'ai vu en ville, avec M. le docteur Bouneau, une fille de dix ans, qui, guérie depuis plusieurs mois d'un charbon de la joue, enrayé par le chlorure de chaux et les cautérisations répétées, présentait un gonflement considérable de la même joue avec rougeur, dureté,

douleur, avec fétidité de l'haleine. Cet engorgement était causé par une dent fortement cariée; une fois qu'on l'eut enlevée, le gonflement cessa en quelques jours sans autre médication.

On distinguera la forme couenneuse de la forme ulcéreuse à la saillie, quelquefois considérable, que forment les eschares au-dessus de la muqueuse, tandis que, dans la seconde variété, on trouve une dépression très-marquée. Si la gangrène devient charbonneuse, la couleur noire, le ramollissement putride, suffiront pour la faire reconnaître. Le diagnostic, pour être complet, doit aussi préciser l'étendue de la gangrène, la cause qui l'entretient et les complications qui peuvent exister. Il est souvent difficile, sinon impossible, de reconnaître le siége, la nature, l'étendue des affections de la poitrine, qui viennent compliquer la stomatite dans la période ultime; elles ne s'annoncent en général par aucuns symptômes précis, ni dyspnée, ni toux fréquente, ni expectoration caractéristique; l'état d'affaissement dans lequel se trouvent les enfants s'oppose presque toujours à ce qu'on puisse tirer parti de l'auscultation et de la percussion.

Pour les affections du tissu cellulaire et du tube digestif, le diagnostic ne présente rien de spécial.

Le pronostic est toujours grave, mais le degré de gravité est subordonné à certaines circonstances.

De l'âge du sujet.—L'extrême jeunesse s'oppose souvent à l'emploi bien entendu des moyens de traitement. Les enfants très-jeunes sont, plus que ceux qui sont plus âgés, prédisposés aux affections thoraciques; chez eux on rencontre plus souvent la stomatite charbonneuse que les deux autres espèces.

La forme de la maladie.—La stomatite charbonneuse est la plus grave de toutes, puisque, comme nous l'avons vu, elle se termine presque toujours par la mort. La couenneuse est en général moins rebelle que l'ulcéreuse, les désordres moins étendus, et la guérison a lieu plus promptement.

Enfin la nature de la cause qu'on peut ou non détruire, l'état général du sujet, les conditions hygiéniques, dans lesquelles il se trouve, sont autant de motifs qui doivent influer sur le pronostic.

Nature.—On a pu remarquer que dans la description de la stomatite couenneuse et ulcéreuse, que dans l'énumération de ses causes, j'ai souvent parlé de la pourriture d'hôpital; c'est qu'en effet je trouve une identité parfaite entre ces deux maladies: elles se développent souvent ensemble sur le même sujet; elles atteignent toutes deux de préférence les enfants scrofuleux, cachectiques, à la suite des fièvres éruptives, sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques; elles règnent souvent ensemble dans les saisons froides et humides, dans les mêmes salles de l'hôpital; elles s'accompagnent des mêmes complications, entraînent les mêmes désordres; elles se montrent également sous les formes couenneuse et ulcéreuse, ont la même tendance à l'envahissement, détruisent les parties sous-jacentes, décollent le périoste, dénudent les os. Dans ces deux affections l'aspect est le même, les plaies, les ulcères exhalent une odeur identique; elles peuvent toutes deux se transformer en charbon. Enfin, elles guérissent par les mêmes moyens de traitement.

On peut voir par ces rapprochements qu'il y a similitude parfaite sous tous les rapports entre les deux maladies, et si, comme l'ont prouvé les auteurs les plus recommandables, la pourriture est une gangrène, on doit rigoureusement conclure que la stomatite couenneuse ou ulcéreuse est une variété de gangrène. Quelques auteurs qui considèrent la forme ulcéreuse comme une gangrène ont cru en distinguer la forme couenneuse et la regarder comme une diphthérite, mais on ne trouve dans la stomatite aucune analogie avec les affections pseudo-membraneuses; elle en diffère par les lésions anatomiques et par sa marche. Ainsi l'eschare ne se résorbe pas, elle est toujours éliminée. Quand M. Guersent a cru voir qu'elle s'usait au milieu, persistant encore sur les limites de l'inflammation, c'est que déjà la maladie était modifiée, que les bourgeons charnus du centre, bien animés, bien vivants, ne tendaient plus à se mortifier, tandis que les bords étaient encore enflammés, saillants, disposés à se gangrener.

Cette eschare repose toujours sur une ulcération. M. Guersent dit que sous la fausse membrane, la muqueuse est intacte, bien que rouge et gonflée; j'ai pu dans tous les cas constater, pendant la vie ou après la mort, qu'il y avait une perte de substance.

Pour la marche, l'affection de la bouche ne s'étend jamais au pharynx ni au larynx; jamais on ne trouve de fausses membranes dans les intestins, l'estomac et les fosses nasales comme cela a lieu si souvent dans le cas de croup, tandis que si les enfants qui sont atteints de stomatite ont en même temps une plaie, on y voit la pourriture d'hôpital, soit couenneuse, soit ulcéreuse indifféremment, quelle que soit la forme de la stomatite; et d'ailleurs la production diffère de celle de la diphthérite par sa couleur grisâtre, sa mollesse, l'absence de vaisseaux. La stomatite a souvent une marche chronique, tandis que la diphthérite se développe d'une manière aiguë, elle se change souvent en charbon, ce qui ne s'observe jamais dans les affections pseudo membraneuses.

Traitement.—Il est quelques maladies des enfants dans l'histoire desquelles le traitement ne doit occuper qu'une place très-minime vu son peu d'efficacité: par exemple la pneumonie hypogastrique chez les sujets en très-bas âge, le carreau, les méningites tuberculeuse ou autres. Il n'en est pas de même de la gangrène de la bouche; ici, à part quel-

ques exceptions, la thérapeutique est toute-puissante.

Préservatif. — Nous avons pu préciser les circonstances dans lesquelles la stomatite se développe, aussi devons-nous la prévenir en éloignant les causes avant son apparition. On détruira donc autant que possible les conditions hygiéniques qui y exposent les enfants, il faudra les séparer avec grand soin de ceux qui sont atteints de la maladie, les tenir habituellement dans un lieu sec, bien aéré; les nourrir, les vêtir sainement; rétablir leur constitution affaiblie au moyen de toniques.

On ne doit pas se borner à ces précautions pour ceux qui, soumis à ces influences fâcheuses, portent en outre dans la bouche des causes prédisposantes locales. On arrachera les dents cariées, on entretiendra une propreté parfaite des parties sur ceux qui ont des abcès, des plaies, des fistules de la cavité buccale; on hâtera leur cicatrisation par des injections astringentes, des cautérisations.

Si les dents sont atteintes de cette affection chronique dont j'ai parlé, on les frictionnera exactement plusieurs fois par jour avec une brosse douce ou un linge trempés dans des solutions chlorurées, une décoction de quinquina, ou des alcoolats de menthe, de gayac, de pyrètre, etc.

Si enfin les moyens ont échoué, il faut attaquer énergiquement la maladie. Quand elle a débuté par les gencives, ce qui a lieu le plus souvent, on doit chercher à l'y borner. Pour cela faire, on les touchera plusieurs fois chaque jour avec des substances détersives ou légèrement caustiques, du chlorure de chaux sec, par exemple.

Employer des émollients ne suffirait pas, et on perdrait ainsi un temps précieux. Pour empêcher que la maladie ne s'étende aux parties voisines, il faut placer entre les gencives et les lèvres ou la joue un corps imperméable qui les préservera du contact du liquide septique, comme une plaque mince d'ivoire, de plomb, de platine, de liége ou de bois léger; il faut recommander au malade de se laver la bouche et de cracher souvent, ou s'il est trop jeune pour le faire, on remplacera les gargarismes par des injections à grand courant, répétées toutes les heures. On aura soin aussi en pareil cas de le tenir au lit couché sur le ventre, afin que la salive tende à s'écouler par la bouche; on oindra les lèvres et particulièrement les commissures avec un corps gras pour paralyser l'action irritante du liquide sécrété. Si la maladie siége aux joues, à la langue, au palais, etc., on devra appliquer plusieurs fois par jour, toutes les deux heures, s'il se peut, du chlorure de chaux sec sur les parties malades. Voici comment l'emploie et le prescrit le docteur Bouneau, qui le premier a eu l'heureuse idée de s'en servir pour enrayer la stomatite grangréneuse, et certaines angines qui accompagnent la rougeole, la variole, la scarlatine. On a soin d'avoir du chlorure bien sec, réduit en poudre très-fine; on humecte légèrement son doigt, puis on le trempe dans un flacon rempli de la poudre de chlorure et on frictionne assez rudement les parties affectées. Après des lotions répétées, le chlorure, le liquide putride, et les concrétions membraniformes sont rejetées; on recommence alors l'opération de la même manière, et on laisse le contact durer plus longtemps; puis on recommande au malade de se gargariser de nouveau et de rejeter le chlorure, ce qu'il fait d'autant plus volontiers que la saveur de ce sel est très-désagréable. Ces frictions amènent quelquefois un écoulement sanguin peu abondant, qui ne peut avoir aucun inconvénient, et qui aide au dégorgement des parties voisines. Le chlorure agit à la fois comme caustique et comme désinfectant, et donne aux parties malades un mode d'irritation nouveau qui fait disparaître celle qui existait auparavant.

Ce moyen de traitement m'a paru héroïque, et si on le voit échouer quelquefois à l'hôpital, il faut en attribuer les insuccès à la négligence avec laquelle on en fait l'application. En ville, il réussit constamment, ainsi que me l'a dit M. Bouneau et que je l'ai pu observer moi-même plusieurs fois. On voit souvent en huit ou dix jours, quelquefois quatre ou cinq seulement, disparaître sous son influence des stomatites gangréneuses qui duraient depuis plusieurs mois et avaient résisté à tous les moyens de traitement.

Je ne l'ai jamais vu produire d'accident. Quand par un hasard extrême des enfants indociles avalent un peu de chlorure, le vomissement qui a lieu immédiatement prévient les symptômes gastriques qu'il pourrait produire, pris à l'intérieur à haute dose. Il a seulement l'inconvénient de noircir les dents pour quelquefois plusieurs semaines. Mais qu'est-ce qu'un désagrément passager comparé à une maladie qui peut avoir des conséquences aussi funestes que la gangrène?

Si l'affection s'accompagne d'un gonflement considérable aux joues et aux lèvres, il faudra débuter par quelques émissions sanguines locales, appliquer une à quatre sangsues (suivant l'âge du sujet) à l'angle de la mâchoire correspondante, et faire des onctions mercurielles; quand les eschares détachées ne tendent plus à se reproduire, on peut hâter la cicatrisation des ulcères, en les touchant légèrement avec un crayon de nitrate d'argent.

Tant que la maladie conserve les formes couenneuse ou ulcéreuse, ces moyens suffisent localement, et on doit rejeter l'emploi de remèdes plus actifs, auxquels il faut recourir au contraire si la maladie devient charbonneuse. Dans ce cas, il faudra cautériser avec l'acide hydrochlorique pur et appliquer en-

suite du chlorure de chaux, dût-il n'agir que comme désinfectant. L'emploi de l'acide hydrochlorique exige quelques précautions. Si, par exemple, on l'applique au moyen d'un pinceau sur les parties gangrénées, il n'agira que peu, absorbé et décomposé qu'il est par le détritus noirâtre qui forme une espèce d'éponge; il faut réséquer les parties mortes avec des ciseaux, faire quelques scarifications sur les parties saines, et l'action de l'acide pourra alors borner la gangrène; on doit aussi avoir soin de garantir la langue ou les joues avec une cuiller, pour empêcher qu'elles ne soient brûlées par le caustique. Ces précautions pourront paraître minutieuses aux personnes qui n'ont pas observé de nombreux cas de gangrène; mais que de fois on eût pu épargner aux enfants des cautérisations trop étendues, en ayant soin de préserver les parties saines; que de fois on eût pu leur conserver leurs dents, si on eût introduit avec plus de ménagement les instruments nécessaires à l'opération; il faut avoir pratiqué plusieurs fois ces cautérisations sur des sujets très-jeunes et indociles, pour savoir toute la difficulté qu'on rencontre souvent.

Si la stomatite charbonneuse débute par les parties centrales de la joue, on devra aussi essayer de quelques sangsues, des onctions mercurielles, des scarifications sur la muqueuse, et quand l'eschare apparaît, cautériser avec l'acide hydrochlorique, en usant des précautions que j'ai indiquées.

A l'époque de la chute des eschares, on répétera les injections de quinquina camphré, chloruré, les applications de chlorure de chaux, sur la peau mortifiée. Quand elles seront tombées, on cautérisera les bords de la plaie, on extraira les portions d'os nécrosées, on empêchera, en interposant des petits corps résistants, les adhérences vicieuses qui se formeraient entre la cicatrice et les os.

Il ne faut pas non plus négliger le traitement interne, mais tonifier les malades, leur faire prendre du vin vieux, du quinquina, les bien nourrir, en ne leur donnant que des aliments liquides ou de consistance pulpeuse; il faudra les purger de temps en temps pour prévenir l'œdème. Les pneumonies, les entérites chroniques qui compliquent la stomatite, sont le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, néanmoins on devrait essayer des préparations opiacées contre les premières; le tartre stibié à haute dose, les vésicatoires contre les autres; les émissions sanguines, en pareil cas, seraient plus nuisibles qu'utiles, chez des sujets affaiblis et épuisés.

Tous les médecins à l'hôpital des Enfants ne traitent pas toutes les stomatites gangréneuses par le chlorure de chaux, et cependant ils guérissent des stomatites à l'aide d'autres moyens, avec l'alun, le citron, l'acide hydrochlorique, mêlé au miel rosat. Mais ces moyens obtiennent tous moins de succès et présentent plus d'inconvénients que le chlorure.

L'alun est moins énergique, il échoue souvent, aussi n'est-il que rarement employé. Il se dissout rapidement, et peut être plus facilement avalé. Les enfants éprouvent pour ce sel moins de répugnance que pour le chlorure et sont moins empressés de le rejeter.

L'acide hydrochlorique, dont on doit faire usage dans les cas de charbon, ne convient que peu dans les deux autres variétés de grangrène. Il ne détruit pas la fétidité de l'haleine, il cautérise trop profondément, et peut, à cause de sa liquidité, s'étendre sur la partie voisine et produire de profondes eschares.

La pulpe de citron réussit dans la stomatite presque aussi bien que dans la pourriture d'hôpital, mais on ne l'emploie guère que dans les cas où la maladie est bornée aux gencives, et il a l'inconvénient de rendre les dents extrêmement douloureuses.

Pour les cas de charbon tous les médecins de l'hôpital emploient l'acide hydrochlorique.

Le fer rouge, qui a été vanté contre le charbon spontané des joues ou des lèvres, ne cautérise pas plus profondément que l'acide concentré. Il a de plus l'inconvénient d'effrayer beaucoup les malades et d'être d'une application bien plus difficile. Aussi n'est-il que fort rarement employé.

C. TAUPIN.

Quelques remarques pratiques sur la fissure à l'anus; par le docteur J. T. MONDIÈRE, médecin à Loudun (Vienne).

La fissure à l'anus est une maladie qui est loin d'être rare : en 1825, Boyer écrivait qu'à lui seul il en avait observé plus de cent exemples, et nous, depuis quatre ans (1) que nous pratiquons la médecine en province, nous en avons déjà rencontré trois cas. D'où vient donc que les annales de la science n'en présentent que de temps à autre quelques observations bien complètes? Les praticiens se figureraient-ils que l'histoire de cette maladie serait déjà arrivée à son *summum* de perfectionnement, et qu'il serait impossible d'y ajouter quelque chose d'important? Qu'ils se désabusent, il n'en est rien. Qu'ils parcourent les ouvrages les plus modernes, et ils verront quel vague règne encore sur tout ce qui a trait aux causes, aux symptômes et au traitement. Ainsi on lit partout que les femmes en sont plus souvent atteintes que les hommes; et nous qui avons analysé avec soin un assez grand nombre

(1) J'écrivais ceci en 1837.

d'observations, nous leur déclarerons que c'est le contraire qui a lieu. Partout encore on trouve répété que les hémorrhoïdes jouent un grand rôle dans la production de cette maladie, et cette même analyse nous a démontré que c'est chez le plus petit nombre des malades qu'on rencontre des tumeurs hémorrhoïdales. Et comment en serait-il autrement, puisque c'est surtout dans l'adolescence que s'observe la fissure anale, époque de la vie où les hémorrhoïdes sont assez rares. Mais pour ne nous attacher qu'à des circonstances importantes et vraiment dignes d'intérêt, qu'ils nous disent si la constriction anale est cause ou effet; si la constipation joue réellement un rôle actif dans la production de la maladie? Quel est enfin le meilleur mode de traitement?

Sur tous ces points la science est muette encore, et pour résoudre ces questions, il est nécessaire qu'elle s'enrichisse de nouveaux faits nombreux et observés sans idée préconçue. Que les praticiens se mettent donc à l'œuvre, mais surtout ceux qui, placés sur un grand théâtre, peuvent, dans un laps de temps assez court, observer beaucoup de malades, et expérimenter avec le plus de succès les diverses méthodes de traitement. Quant à nous, pour aider, autant qu'il est en notre pouvoir, au perfectionnement de ce point de la science, nous allons dire ce que les faits nous ont appris.

Première observation. Le nommé S...., demeurant à Loudun, charpentier, âgé de 45 ans, d'une bonne constitution, ordinairement bien portant, n'ayant jamais eu ni hémorrhoïdes, ni maladies vénériennes, vint me consulter le 7 juillet 1834, pour une douleur violente qu'il éprouvait à l'anus après être allé à la selle. En le questionnant, j'appris qu'il était ordinairement constipé, et que quinze jours auparavant, il avait éprouvé, en allant à la garde-robe, une violente douleur accompagnée d'une sensation de déchirement. Il ajouta que les matières qu'il rendit étaient couvertes de sang, et même que le sang coula goutte à goutte, pendant quelque temps. Depuis lors, chaque évacuation alvine a été accompagnée et suivie de douleurs vives, insupportables par leur nature, et se prolongeant cinq à six heures après chaque défécation. En un mot, ces douleurs étaient telles que le malade s'était astreint à une diète sévère, et n'osait se présenter à la selle, tant il redoutait ce moment. J'explorai l'anus : il était rentré, et pour le découvrir, je fus obligé d'écarter fortement les fesses; il formait une espèce d'entonnoir, dont le fond était crispé et ridé. Ce ne fut qu'avec une difficulté extrême que je pus y introduire le doigt, et en faisant éprouver au malade des douleurs telles qu'il lui échappa un cri. Au côté droit de l'anus, il existait une fissure que je découvris avec peine, mais qu'il me fut facile de reconnaître à une espèce de corde tendue et excessivement douloureuse.

Je conseillai pour traitement préliminaire l'usage des demi-bains, des lavements, et une diète assez sévère, des boissons rafraîchissantes. Je revis le malade trois jours après, et comme il éprouvait un peu de soulagement, il ne voulut pas se soumettre à l'emploi des mèches que je lui proposais. Mais ce soulagement ne fut que momentané, et S... revint me trouver, décidé enfin à se soumettre à tout ce que je voudrais. En conséquence, le 12 juillet au matin, après l'emploi d'un bain et d'un lavement pour débarrasser l'intestin, je commençai le traitement, en introduisant dans le rectum, à la profondeur de près de deux pouces, une mèche de charpie grosse comme le petit doigt et enduite d'une pommade composée de six parties d'axonge, d'une partie d'acétate de plomb et d'une partie d'extrait de belladone. L'introduction de cette mèche fut assez douloureuse, et le malade souffrit une partie de la journée. Le soir, bain de siége, lavement; puis introduction d'une nouvelle mèche plus grosse que celle du matin. Le 13, le malade a peu dormi; le côté droit de l'anus, sur lequel siége la fissure, est toujours fort douloureux. Avant mon arrivée il avait été obligé d'ôter la mèche pour satisfaire à un besoin pressant, et les douleurs avaient été aussi vives qu'avant l'emploi des mèches. Nouvelle mèche plus grosse que celle de la veille. Le soir, le malade éprouve un peu de soulagement; il a été deux fois à la selle, et les douleurs, après la défécation, ont été moins vives. J'introduisis une nouvelle mèche qui, bien que plus grosse, pénétra plus facilement et avec moins de douleur.

Le 14, le malade a bien dormi la nuit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps; il a pris le matin un bain, et un lavement qui a déterminé une selle; le passage des matières a produit seulement de la cuisson, mais plus cette vive sensation de brûlure qui faisait redouter au malade le moment de la défécation, et se prolongeait quatre à cinq heures après. J'écarte plus aisément l'anus; la fissure me paraît plus large, mais moins profonde, résultat probable du moins grand froncement de l'anus. J'introduisis avec facilité une mèche presque aussi grosse que le pouce, et j'ai manifestement senti que la résistance était bornée à un court espace, c'est-à-dire qu'elle était alors uniquement formée par le sphincter anal, tandis qu'auparavant elle était plus étendue, c'est-à-dire qu'elle était produite par le sphincter et la partie inférieure du rectum. J'ai oublié de dire que chaque mèche que je retirais présentait, sur le côté correspondant à la fissure, une légère couche de sang, en forme de strie.

Le 16, le malade me dit qu'il n'éprouve plus de douleur en allant à la selle, que seulement il ressent

de la cuisson au moment où l'anus se referme. Le soir, en écartant les plis de l'anus, je découvre aisément la fissure, longue encore de six lignes environ, et large d'une à deux lignes; je la cautérise avec le nitrate d'argent, et introduis une autre mèche.

Le 17, le malade a parfaitement dormi et a peu souffert; il a fait sans lavement une selle dure, qui n'a été accompagnée que d'une légère douleur. Nouvelle cautérisation, nouvelle mèche. Le soir, je trouve le malade dans un violent frisson, qui m'empêche d'introduire une mèche.

Le 18, j'apprends que le frisson a été de courte durée : le malade a peu dormi; il a vomi et éprouvé quelques symptômes d'irritation gastro-intestinale, ce qui tient peut-être partie à la présence dans le rectum de mèches volumineuses, partie à l'état chaud et fortement électrique de l'atmosphère. Cautérisation de la fissure, pas de mèche. Le soir, même irritation à l'estomac, diète, boissons rafraîchissantes; lavements émollients.

Le 19, mieux sensible du côté des voies digestives. Le malade a bien passé la nuit et a peu souffert. La fissure apparaît plus facilement; sa partie inférieure est moins profonde et tend à se cicatriser, sa partie supérieure est légèrement cautérisée avec le nitrate d'argent. L'amélioration fut progressive sous l'influence de quelques autres cautérisations, et le 26 le malade était parfaitement guéri. Au moment où je transcris cette observation, 16 janvier 1837, la guérison ne s'est pas encore démentie.

Dans cette observation, nous ferons remarquer la grande influence que paraît avoir eue sur la production de la maladie, la constipation habituelle du malade. Il reste démontré pour nous, d'après deux faits qui nous sont propres, et ceux, beaucoup plus nombreux, que possède déjà la science, et où cette circonstance est notée, que le resserrement habituel du ventre est une cause très-active et très-fréquente de la fissure à l'anus. Le docteur Delaunay (1) dit que chez la plupart des malades qu'il a vus, cette affection a été précédée d'une constipation opiniâtre, et parmi les observations rapportées par Boyer, sur quatorze malades, il y en avait onze qui étaient sujets à la constipation.

Faisons remarquer aussi ces stries sanguinolentes qui, dans le commencement de la maladie recouvraient les fèces d'une manière constante, symptôme bien plus fréquent que ne le disent quelques auteurs. Nous l'avons observé deux fois sur trois; il s'est rencontré chez deux malades sur les trois dont les observations composent le mémoire de M. Bégin (2); enfin il a été observé par Boyer et M. Delaunay. Mais ces stries sanguinolentes intéressent le praticien non-seulement à cause de leur fréquence, comme démontrant que la maladie existe réellement, mais encore comme indiquant le siége précis de la fissure. En effet nous avons vu dans l'observation de S..... que les mèches présentaient à leur surface une ligne sanguinolente; or, en conservant idéalement, quand on retire les mèches, leurs rapports avec les divers points de la circonférence de l'anus, il sera toujours facile d'assigner l'endroit de cette même circonférence où siége la fissure; ce qui sera surtout important pour les praticiens qui, comme nous, donneraient la préférence pour moyens thérapeutiques, à la dilatation aidée de la cautérisation, traitement qui nous paraît bien préférable aux autres, comme nous essaierons de le démontrer plus loin.

Plus tard réfléchissant aux douleurs vives que cause au malade le passage des matières fécales, par leur contact avec la fissure, et à l'obstacle que pourrait apporter à la guérison le déchirement continuel qui doit en être la suite, nous eûmes l'idée d'engager les malades à pincer et tirer fortement en dehors, au moment de la défécation, le point de la circonférence de l'anus correspondant à la fissure; par là, celle-ci se trouvait cachée au milieu de plis plus profonds et soustraite à l'action du passage des matières fécales. Chez les deux malades dont il nous reste à parler, nous avons réussi, par ce moyen, à calmer les douleurs de la défécation et celles inséparables de l'introduction des mèches. Eh bien! là encore, les stries sanguinolentes dont nous avons parlé peuvent être d'un grand secours, en faisant connaître exactement le point que les malades devront saisir.

Deuxième observation. Madame C.... cordonnière, âgée de 25 ans, d'une constitution nerveuse, vint réclamer mes conseils au mois de septembre 1835. Elle me dit que, pendant le cours de sa seconde grossesse, elle fut prise d'une constipation opiniâtre qui cédait à peine à un usage fréquent de lavements. Elle attribuait cet état et à sa grossesse et surtout à ce que, pour border ses souliers, elle était obligée de rester assise tout le jour et une partie de la nuit. La constipation continua après l'accouchement, et chaque défécation était accompagnée d'efforts violents, et de douleurs vives dans le rectum. Plus tard la malade fut quelquefois cinq à six jours sans aller à la selle, et quand les matières fécales, qui étaient dures et arrondies, franchissaient l'anus, il lui semblait que cette partie se déchirait. Bientôt chaque défécation fut accompagnée d'une sensation de brûlure qui persistait pendant trois ou quatre heures. Je soupçonnai de suite l'existence d'une fissure à l'anus : la malade examinée avec soin, je vis que les plis de l'anus étaient plus prononcés que dans l'état naturel, et qu'il existait un froncement remar-

(1) Essai sur la fissure, ou gerçure à l'anus, thèse, Paris, 1824, n. 215, p. 14.

(2) Recueil de mémoires de méd., chir. et pharmacie militares, 1826, t. XVIII, p. 25

quable de cette partie. J'engageai la malade à faire des efforts comme dans la défécation, mais la douleur vive qu'elle ressentait alors, l'en empêcha. J'introduisis l'indicateur dans l'anus, non sans faire beaucoup souffrir la malade, et en touchant le côté gauche de l'anus, la douleur devint brûlante, et tellement vive que madame C.... se jeta le corps en avant, non cependant sans que j'eusse eu le temps de reconnaître avec le doigt cette espèce de corde, dont nous avons déjà parlé et regardée avec raison comme un signe certain de l'existence d'une fissure. A cette époque la maladie datait de six semaines.

Voulant éprouver si, comme l'ont avancé quelques auteurs, la pommade de belladone dont on recouvre les mèches, n'a réellement pas une action spéciale, et peut, sans inconvénient, être remplacée par le cérat, j'eus recours à ce dernier. Dès le premier jour, les mèches furent portées à un volume considérable, et je dois déclarer que, bien que plus volumineuses que mon doigt, elles ne produisirent point à la malade une douleur plus vive, ce qui tient sans doute à ce que nous eûmes le soin de pincer fortement le point correspondant à la fissure, comme nous l'avons indiqué plus haut. Au bout de quelques jours j'eus vaincu la résistance du sphincter, et il me fut possible de cautériser la fissure. Sans donner ce fait, comme le précédent, dans tous ses détails et jour par jour, je me bornerai à dire qu'au bout de douze jours la guérison fut complète, et obtenue par les mèches introduites matin et soir et cinq cautérisations successives. Depuis ce temps pas de récidive.

Troisième observation. Je serai plus bref encore pour cette troisième observation, et je crois devoir me borner à dire que le malade était un homme âgé de 34 ans, jardinier, jouissant ordinairement d'une bonne santé, n'ayant jamais eu d'hémorrhoïdes, ni de maladie vénérienne. Lorsque je fus consulté, la fissure existait depuis trois semaines seulement, et s'accompagnait des symptômes ordinaires à cette affection. Chez ce malade j'observai, comme chez le premier, des stries sanguinolentes et sur les fèces et sur les mèches. La fissure était sur le côté droit et un peu postérieur de l'anus. Onze jours d'introduction de mèches et quatre cautérisations amenèrent une guérison complète, qui ne s'est point démentie depuis six mois.

Des faits que nous avons recueillis avec le plus grand soin, il résulte pour nous que la constipation est une cause et très-fréquente et très-active de la fissure anale, que cette fissure est cause et non effet de la constriction du sphincter, et, par rapport au traitement, que la dilatation aidée de la cautérisation est un moyen sûr et prompt de guérison, que la pommade de belladone n'a pas plus d'action que le cérat, ou tout autre corps gras, et que cette action se borne évidemment à faciliter l'introduction des mèches. Nous ajouterons que, suivant nous, la dilatation est dans cette méthode thérapeutique l'agent le plus actif, et que la cautérisation ne fait seulement que hâter la cicatrisation, en modifiant la surface de la petite plaie.

Nous sommes heureux de voir que l'expérience nous ait conduit aux résultats prévus par un homme dont nous honorons infiniment le talent, de M. Velpeau (1), qui, dans un article substantiel sur la fissure à l'anus, se prononce pour la dilatation pure et simple au moyen des mèches, et promet de véritables succès à ceux qui auront assez de résolution pour forcer leurs malades à ne pas céder aux premières douleurs. Du reste, des résultats semblables à ceux que nous avons obtenus avaient déjà été mentionnés par Béclard (2), qui, comme nous, employait en même temps la dilatation et la cautérisation; par M. Marjolin (3); par MM. Sacquart et Gendrin (4); par M. Dubois, qui, au rapport de M. Velpeau, soutient que les mèches réussissent *constamment*, et par beaucoup d'autres médecins; car c'est à la dilatation qu'il convient d'attribuer surtout les succès obtenus au moyen des mèches couvertes d'un onguent de belladone (5).

Les autres méthodes de traitement proposées contre la fissure sont des médicaments déposés *loco dolenti*, la cautérisation seule, et l'incision.

Nous ne connaissons sur l'emploi du premier de ces moyens qu'un seul fait assez récemment publié (6), et, bien que le succès ait couronné la tentative du chirurgien, nous ne croyons pas qu'on puisse y ajouter beaucoup de confiance.

La cautérisation seule n'a point été employée par Béclard, comme pourrait le faire croire ce que dit M. Velpeau (7). Ce dernier chirurgien y a eu recours trois fois, et trois fois il a échoué. Plus récemment, M. Gassement, chirurgien à Arcis-sur-Aube, a écrit l'avoir employé deux fois avec un succès qui aurait presque lieu de nous surprendre, puisque, dans un cas, une seule cautérisation fut suffisante. De nouvelles observations bien faites sont donc ici nécessaires pour permettre aux praticiens de porter un

(1) Dictionnaire de médecine, 2e édition, 1833, t. III, p. 301.

(2) Archives de médecine, t. VII, p. 310.

(3) Cabanellas, Réflexions et observations, thèse, Paris, 1826, no 132, p. 19.

(4) Voyez : Nouvelle bibliothèque médicale, 1827, t. II, p. 389; journal universel, t. LVIII, p. 106; Journal de méd. et de chir. pratiques, 1835, t. V, p. 5; Gazette médicale, 1830, p. 330, 1833, p. 605, etc., etc.

(5) Gazette Médicale, 1836, p. 109.

(6) Loc. cit.

(7) Gazette médicale, 1833, p. 605.

jugement définitif sur cette méthode de traitement, que nous nous proposons d'expérimenter à la première occasion.

Quant à l'incision, on sait que ce traitement est celui de Boyer, et que ce chirurgien célèbre en a obtenu de nombreux succès. Mais ce moyen est fort douloureux, et il n'est pas toujours facile de décider les malades à se soumettre à cette opération, qui d'ailleurs n'est pas toujours sans danger. Ainsi il est à la connaissance de M. Velpeau que deux malades sont morts après l'avoir subie, l'un au douzième jour d'une violente entéro-péritonite, l'autre d'infiltration purulente dans le tissu cellulaire pelvien. Si maintenant on fait attention que ce moyen cruel ne réussit pas toujours, comme l'ont vu Béclard, MM. Lagneau, Richerand, Roux (1) et Segond, on sera porté, comme nous, à donner la préférence à la dilatation aidée de la cautérisation, moyen plus doux et qui, nous n'en saurions douter, compterait des succès aussi nombreux que l'incision, si on y avait eu recours aussi fréquemment. Que les praticiens l'emploient avec courage et méthode, et, comme M. Velpeau, nous leur promettons de nombreux succès.

Disons encore, avant de terminer, que, puisque l'analyse des faits nous a démontré que la constipation avait une action réelle sur la production de la maladie, il sera nécessaire de recourir aux lavements et aux laxatifs toutes les fois que le médecin sera consulté assez tôt, et qu'il reconnaîtra les symptômes précurseurs qui quelquefois annoncent cette maladie douloureuse (2).

L'Expérience. — Avril 1839.

Mémoire sur une altération spéciale de la vessie dans certains cas d'affection calculeuse; par M.-E. Bouchacourt, D. M. P.

Rien de plus simple en apparence que le diagnostic des calculs vésicaux, depuis surtout que les moyens explorateurs ont été si avantageusement perfectionnés et si habilement employés; cependant il arrive tous les jours qu'on se trompe, qu'on trouve des pierres là où il n'en existe pas, et qu'on en nie la présence dans des vessies qui en renferment. La plupart des chirurgiens ont commis ces erreurs faciles, que la présomption ou le charlatanisme n'avouent jamais. Il faut bien dire pourtant que la nature et surtout la position des calculs, par rapport à la vessie, se trouvant plus exactement connues, les erreurs doivent être moins fréquentes. Quand on a lieu de soupçonner des pierres *enchatonnées, encaissées,* lorsque d'ailleurs tous les symptômes de l'affection calculeuse existent, on cherche plus longtemps, avec plus de soin, et l'on se hâte moins de prononcer en dernier ressort.

Les observations que nous avons rassemblées dans ce travail se rapportent plus spécialement à l'histoire des calculs encaissés sur lesquels M. Amussat un des premiers a fixé l'attention.

La connaissance de ces faits nous paraît d'une certaine importance, car l'altération anatomique, que nous allons décrire, a souvent donné lieu à des difficultés ou à des erreurs de diagnostic; elle modifie singulièrement, comme on le verra, le pronostic; enfin, son influence sur les résultats du traitement, sur le choix des méthodes ou des procédés opératoires (si tant est qu'elle ne les contre indique pas toujours), est si souvent fâcheuse, qu'il importe pour tous ces motifs de l'avoir appréciée exactement.

Les faits d'abord, puis quelques réflexions, mais surtout des conséquences pratiques : tel sera l'ordre tout naturel que nous suivrons.

Obs. 1. — M...., avocat dans une petite ville de province, éprouva, il y a quelques années, les symptômes d'une maladie des voies urinaires, pour laquelle il consulta plusieurs médecins qui n'en apprécièrent pas la nature. Il n'avait que de très-légères hématuries, encore ne vinrent-elles que vers ces derniers temps. On se décida fort tard à pratiquer le cathétérisme, sans reconnaître mieux la présence d'une pierre dans la vessie. Sur ces entrefaites, un médecin de Paris vint à passer dans la ville habitée par M.... Consulté par lui, il le sonda de nouveau, reconnut et annonça qu'il existait un calcul vésical. Dès lors, le malade se décida à venir à Paris consulter un chirurgien, et s'y soumettre aux opérations qui lui seraient indiquées; il fut examiné par M. Amussat en septembre 1838.

Ce malade, âgé de 45 ans, d'une assez bonne constitution, mais épuisé par de longues souffrances, d'un tempérament nerveux très-impressionnable, fut jugé porteur d'une pierre volumineuse, avec complication d'hypertrophie et d'inflammation chronique de la vessie; on diagnostiqua en même temps l'existence d'une poche au bas-fond vésical, poche dans laquelle la pierre se trouvait *encaissée*. L'amaigrissement et le découragement sont portés à un haut degré. Le malade, homme à imagination vive et à sensibilité développée, se fait avec grande peine à l'idée d'avoir un calcul, et surtout de subir pour sa guérison une opération dont il s'exagère incessamment la gravité. M. Amussat ne mit en usage aucune opération préliminaire et n'exécuta aucune manœu-

---

(1) Archives de médecine, t. VII, p. 139.

(2) Voyez à ce sujet une note de M. Serre d'Alais, insérée dans le Bulletin de thérapeutique, t. VIII, p. 379.

vre dans le but de saisir le calcul et de voir jusqu'à quel point il était susceptible de broiement, mais à l'aide du simple cathétérisme explorateur, favorisé par quelques injections émollientes et sédatives, destinées à diminuer l'excitabilité de la vessie, on sentit parfaitement la pierre, en glissant sur elle sans pouvoir ni la soulever ni la déplacer. On rejeta bien loin toute idée de pratiquer une opération chirurgicale quelconque; le malade ne tarda pas à succomber. Il présenta sur la fin tous les symptômes de la résorption purulente; teinte jaune particulière de la peau, points de suppuration nombreux, pustules cutanées en diverses régions, sueurs, adynamie, etc.

A l'autopsie on constata les désordres suivants : la vessie, réduite à la moitié de sa capacité normale, renferme une petite quantité d'urine trouble et purulente. Toute la portion située au-dessus du col est saine, à part une hypertrophie notable de ses parois, évidente surtout dans leur élément musculaire; de nombreuses colonnes charnues, saillantes à l'intérieur, laissent dans leurs intervalles de petites cavités ou loges dont quelques-unes renferment de petits grains sablonneux enkystés. L'étage inférieur, car c'est ainsi qu'on pourrait appeler l'autre portion située au-dessus du col, est séparé du reste par un rétrécissement marqué à l'extérieur, et correspondant en dedans à des saillies muqueuses et pseudo-membraneuses circulairement disposées; cette portion inférieure de la vessie est en grande partie remplie par le gros calcul dont la présence et le volume avaient pu être appréciés pendant la vie. Sa forme est ovoïde, son plus grand diamètre transversalement situé, le moyen d'avant en arrière et le plus petit verticalement. Sa surface, lisse sur les côtés, est rugueuse, corrodée, vers la partie inférieure qui correspondait au bas-fond. Cette pierre, examinée avec soin, est d'un rouge grisâtre, poreuse; son poids total est d'une once six gros sept grains; mesurée avec le lithotriteur gradué, elle a donné vingt-quatre lignes dans son plus grand diamètre, vingt et une dans le moyen, et quinze lignes dans le petit. A un rapide examen le calcul paraît dur, mais on le scie avec une grande facilité, suivant son grand diamètre, et de légères pressions exercées à la circonférence de l'une et de l'autre moitié, en détachent aisément quelques parcelles; il est sans noyau central dur ou plus brun. L'analyse n'en a pas été faite, mais on est disposé à le regarder comme composé d'acide urique et de phosphate ammoniaco-magnésien.

La vessie dans les points qui correspondent au corps étranger est ramollie, grisâtre, fongueuse. En l'examinant avec soin on ne trouve plus au bas-fond qu'une couche fibro-celluleuse, traversée sur ses bords par un petit nombre de fibres musculaires dont les débris et ceux de la muqueuse forment des franges inégales, saillantes; les fibres charnues non détruites sont refoulées en haut, et donnent par leur rétraction, naissance au rétrécissement déjà signalé. Il est remarquable que les orifices des uretères parfaitement sains, sont déplacés et portés en haut de manière à s'ouvrir à un point plus élevé que dans l'état normal, au-dessus du calcul et de la portion rétrécie. Les parois vésicales qu'ils traversent sont exactement saines, leur trajet est oblique comme de coutume. L'uretère droit paraît cependant un peu plus dilaté que le gauche, et le rein correspondant, d'un rouge plus foncé, se déchire plus facilement que l'autre; la muqueuse des bassinets et des calices, rouge et épaissie, présente en plusieurs points quelques petits graviers; l'urine qu'on fait suinter par la pression est trouble est sablonneuse. La prostate est remarquablement atrophiée surtout dans la portion inférieure au col de la vessie; elle n'a guère que la moitié de son volume normal, elle est plus mince, plus dure et plus fibreuse. C'est vers sa portion inférieure que la pression du calcul a dû surtout s'exercer, c'est là aussi que l'atrophie est plus marquée. Tous les autres organes sont sains.

Réflexions. — Ce fait nous semble offrir de l'intérêt à plus d'un titre. Le calcul répondait par sa position à la catégorie de ceux auxquels M. Amussat a donné le nom d'*encaissés*. Le bas-fond de la vessie qui lui formait une poche presque complète en se moulant exactement sur lui, avait contribué à lui donner cette forme; le contact si immédiat de la muqueuse sur le calcul expliquait tout naturellement l'absence d'hématurie. La position de la pierre au-dessous d'un plan qui passerait par le col vésical explique très-bien aussi l'absence de rétention d'urine, et rend compte également des erreurs de diagnostic qui ont été commises; l'état sain des orifices uréterins se trouvait en rapport avec le passage facile des urines, des reins à la vessie; aussi le calibre des urétères n'était-il pas augmenté, ce qui n'aurait pas manqué d'avoir lieu si leur orifice inférieur eût été comprimé ou oblitéré.

Il n'est pas rare dans ces cas de les voir acquérir un volume énorme. Je me rappelle, entre autres, l'observation d'une femme morte de cancer de l'utérus, chez laquelle le tissu cancéreux, comprimant les orifices inférieurs des urétères, effaçait leur calibre et arrêtait les urines : ces conduits avaient acquis le volume d'un intestin grêle, en même temps qu'augmentés de longueur ils décrivaient de nombreuses sinuosités. Mais pour revenir à notre malade, en raison de la position profonde du calcul, le bec d'une sonde fortement recourbée, une fois arrivé dans la vessie, se portait en haut et en arrière, tandis que la convexité, déplaçant et repoussant au devant d'elle les portions membraneuses qui s'avançaient sur la pierre, ne pouvait en aucune façon

toucher cette dernière à nu. Il aurait fallu pour y parvenir une sonde presque droite, ou bien retourner la sonde trop courbe, mettre le bec en bas, sa convexité en haut : cela seul permit plus tard d'acquérir de justes idées sur la présence de la pierre, sur son volume et sa position. Les excavations si marquées de la face inférieure du calcul seraient-elles dues à l'action des fluides sécrétés par la vessie chroniquement enflammée? M. Amussat serait tenté de le croire. Leur alcalinité se prononçant à mesure qu'ils sont altérés davantage, ils peuvent d'autant mieux dissoudre les portions de calcul en contact avec eux. On peut donc, jusqu'à un certain point, expliquer dès lors comment s'établissent ce qu'on a appelé les adhérences des calculs : la membrane muqueuse, ou le tissu cellulaire qui la double se recouvrant de fongosités dans les points où son inflammation est la plus vive et la plus persistante, si là se trouvent correspondre des enfoncements plus ou moins réguliers à la surface de la pierre, celle-ci s'en pénètre, s'en incruste pour ainsi dire : de là cette difficulté extrême qu'on a parfois dans la taille de détacher les calculs, de là cette pénible nécessité d'exercer de fortes tractions, de déchirer les parois vésicales, de déterminer souvent des hémorrhagies et toujours de vives douleurs.

Les petits espaces intercolumnaires situés dans la partie supérieure de la vessie nous offrent les rudiments de ces châtons ou de ces kystes, qui, plus tard, entourent des calculs. Dans les points où la résistance est la plus faible, la muqueuse se déprime en cul de sac, et si quelque gravier y tombe ou s'y trouve porté, il peut devenir le noyau d'une pierre dont la position insolite ne saurait autrement s'expliquer. Il n'est pas rare d'en trouver à la partie supérieure de la vessie; M. Leroy d'Etioles nous a dit en avoir observé plusieurs enkystées au-dessus du col; il en a communiqué les détails à l'Académie des sciences (septembre 1838).

Au moment même où nous écrivons ces lignes, il se trouve à la maison de santé des Néothermes un malade porteur d'une pierre de cette espèce. M. Leroy a diagnostiqué chez lui un calcul enkysté à la partie supérieure du col de la vessie. Il fallut pour le saisir et pour le broyer abaisser fortement le manche de l'instrument afin d'en relever le bec; une fois le kyste déchiré, la pierre cessa d'occuper cette position, on la retrouva, lors de nouvelles tentatives de broiement, occupant le bas-fond de la vessie; enfin, à l'heure qu'il est, le malade n'en a plus le moindre vestige, ainsi qu'on s'en est assuré à l'aide de plusieurs explorations successives soigneusement faites. Qu'il nous suffise d'ajouter que, dans ce cas, M. Leroy donne et met en pratique l'excellent conseil de ne pas écraser la pierre tant qu'elle est en place, mais de serrer juste assez pour la déplacer et de la broyer ensuite lorsqu'elle est devenue tout à fait libre.

Une fois le diagnostic établi chez le malade de notre première observation, et il ne restait pas, que je sache, le moindre doute sur l'existence de la pierre; que fallait-il faire? On a pu se demander d'abord si on la broyerait; ou bien si on ferait la cystotomie; enfin, si l'on n'abandonnerait pas la maladie à elle-même, c'est-à-dire s'il ne valait pas mieux rejeter entièrement toute idée d'opération.

Relativement à la lithotritie, le sujet se trouvait dans de très-fâcheuses conditions : 1° un gros calcul placé étroitement dans une arrière-poche de la vessie, première circonstance défavorable; 2° l'état si grave de la vessie elle-même, la suppuration, les douleurs vers les reins, etc., la contractilité des portions moins malades de l'organe qui laissait si peu d'espace aux manœuvres nécessitées pour la préhension et le broiement d'un calcul. Le point important était, il est vrai, de le saisir; mais sur le cadavre même on ne pouvait y parvenir qu'avec une extrême difficulté et en distendant les parois vésicales; or, cette distension est une des circonstances les plus fâcheuses pour le succès de l'opération. En exécutant ces manœuvres dans la vessie largement ouverte, on s'est bien pénétré des difficultés à vaincre pour opérer fructueusement. Il fallait d'abord, par un mouvement en vrille, passer sous la pierre et la soulever avec le bec de la sonde ou du lithotriteur, puis écarter alors les branches de ce dernier, ce qui n'avait lieu qu'à la condition d'une distension toujours douloureuse et dangereuse des parois vésicales et de la bride circulaire dont nous avons parlé. Enfin cette pierre aurait exigé, par son volume, un grand nombre de séances, c'est-à-dire des distensions fréquentes, des irritations répétées de la vessie; il y aurait eu par cela même plus de chances de voir se développer des accidents nerveux ou inflammatoires : cependant l'état presque spongieux du calcul, sa friabilité plus prononcée qu'on ne le pensait d'abord, auraient rendu ces manœuvres moins longues et moins pénibles. Cela ne détruit en rien, au reste, les contre indications locales, pas plus que celles fournies par l'altération profonde de la constitution épuisée par la longueur des souffrances, par une suppuration chronique, par le marasme, la fièvre hectique qui se prononçait, et surtout par cet état moral, cette disposition spéciale de l'innervation, contre laquelle il faut, dans toutes les opérations, se prémunir. Tous les chirurgiens savent, en effet, combien sont graves les accidents nerveux qui se développent chez ces malades à la suite de l'opération. Nous en avons rapporté ailleurs un exemple fort remarquable, le voici en abrégé :

Obs. II. — Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, opéré de la taille par la méthode latéralisée, dans le mois de juillet 1836, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le ma-

lade, doué d'une grande sensibilité, redoutait vivement les dangers de l'opération ; il s'y décide enfin et la subit avec fort peu de courage. Les manœuvres d'extraction furent longues et douloureuses ; la pierre, d'un volume considérable, se brisa (fort heureusement), ce qui permit de l'avoir par morceaux ; mais il fallut introduire et retirer plusieurs fois les tenettes, avant d'avoir complétement débarrassé la vessie. Un suintement artériel qui survint peu après, fit craindre une hémorrhagie ; on l'arrêta facilement par des applications d'oxycrat sur le périnée et les bourses. L'éréthisme nerveux dans lequel l'opération avait laissé le malade, se prolongea et n'alla qu'en croissant. Léger délire, vomissements bilieux, sueurs froides, pouls concentré.... Le malade avait succombé au bout de 36 heures à une véritable *sidération nerveuse* dont il faut chercher la cause dans sa constitution, sa prédisposition spéciale et la longueur nécessaire de ses souffrances. On crut trouver à l'autopsie une péritonite, une cystite.... Aucune lésion anatomique ne put expliquer cette terminaison funeste.

On ne devait donc pas, pour toutes les raisons que nous venons de déduire, songer à la lithotritie ; mais la taille était-elle plus praticable ? Si le volume de la pierre indiquait la taille suspubienne, sa position déclive et resserrée, l'état de la vessie, réclamaient l'incision périnéale. Il est bien vrai qu'au-dessus du pubis, toutes les pierres, quel que soit leur volume, peuvent finalement être extraites ; mais d'une part il est sûr aussi que les chances de succès diminuent à mesure qu'on est obligé d'agrandir l'incision des parois abdominales et vésicales et de décoller une plus grande étendue du péritoine : il est facile de comprendre que l'état fongueux et purulent de la vessie rendait l'incision sus-pubienne beaucoup moins avantageuse pour l'écoulement des fluides altérés. L'existence de ces fluides rendait plus imminente et plus grave la péritonite, si à redouter dans ces cas. On devait, en outre, introduire préalablement une sonde afin d'aller soulever le calcul, et le rendre plus facile à extraire. Il aurait fallu lui faire éprouver une sorte de culbute sans laquelle il eût été, pour ainsi dire, impossible d'aller le chercher si profondément et si exactement serré dans le bas fond.

On ne devait pas songer à la taille périnéale même par l'appareil bilatéralisé ; comment introduire des tenettes ? comment à plus forte raison manœuvrer avec elles ? Je ne parle pas des difficultés d'extraction qui eussent été peut-être insurmontables ; et je n'ai rien dit encore du danger d'inciser et d'exercer des tractions de cette nature sur une vessie aussi malade, chez un sujet dont la santé générale contre indiquait pour toutes les raisons déjà connues la taille aussi bien que la lithotritie.

Peut-être, du reste, aurait-on dû préférer la taille par le rectum à celle par le périnée ; l'opération par cette méthode était à moitié faite : la pierre faisait vers l'intestin une volumineuse saillie ; il n'y avait qu'à inciser l'intestin sur elle après avoir bien reconnu sa position. C'était presque le cas du frère Côme qui, ayant à traiter un malade affecté de fistule vésico-rectale entretenue par la présence d'un calcul qu'on pouvait sentir par l'intestin, agrandit l'ouverture fistuleuse, fit l'extraction du corps étranger, et obtint une guérison complète. On aurait donné peut-être la préférence au second procédé de M. Sanson, celui qui fut d'abord mis en pratique par M. Barbantini, par le professeur Geri, de Turin, et par quelques autres chirurgiens italiens. On sait que ce procédé consiste principalement dans l'incision du bas-fond de la vessie en arrière de la prostate. Mais ici comment se guider par la présence du cathéter qui doit être préalablement placé dans la vessie ? La saillie du calcul aurait-elle suffi à diriger dans l'incision ? Il est bien vrai de dire qu'on retrouvait là tous les avantages de la méthode de M. le professeur Sanson, avantages qu'il est inutile de rappeler ; bien plus, il y avait, en quelque sorte, une véritable nécessité physique d'agir par le rectum et de suivre ce procédé : le calcul avait fait la moitié du chemin, et se trouvait presque dans les conditions d'un corps étranger venu du dehors, sur lequel on n'avait qu'à inciser pour le découvrir et l'extraire..... Mais en cherchant des raisons favorables en théorie à l'opération et à telle ou telle méthode, n'allons pas trop loin, n'oublions pas le désordre des organes sur lesquels il fallait opérer. Avait-on lieu d'espérer que ce qui restait encore du bas-fond de la vessie pouvait fournir aux frais d'une cicatrisation ? Etait-elle même possible cette cicatrisation ? N'avait-on pas tout à craindre en incisant des tissus aussi profondément altérés, en venant donner un coup de fouet à une phlegmasie qui avait déterminé déjà le ramollissement et l'ulcération ? N'oublions pas enfin les phénomènes généraux qui s'étaient développés. C'est en vain qu'on eût enlevé le point de départ des accidents, extrait l'épine irritante ; les désordres qu'elle avait produits étaient si profonds, si graves, que l'axiôme *sublatâ causâ*, etc., n'aurait pu trouver son application. Nos conclusions n'en restent donc pas moins celles-ci, à savoir : qu'il n'y avait lieu à opérer ni par la taille ni par la lithotritie.

En résumé donc, ce fait nous aura montré 1° l'exemple rare d'une pierre encaissée dans la vessie et la nature des altérations qu'avait éprouvées cet organe ; 2° la nécessité d'explorer avec le plus grand soin pour ne pas commettre d'erreur, presque toujours funeste, par la fausse sécurité dans laquelle on laisse le malade ; l'utilité de changer d'instrument pour mieux faire ces explorations. Si une

sonde trop longue et trop recourbée ne rencontre rien, il faut en introduire une plus courte et plus droite, puis changer sa position, retourner sa convexité en haut de manière à ce que le bec plongeant vers le bas-fond de la vessie ne puisse éviter la pierre; 3° l'importance d'explorer de bonne heure dans les maladies de la vessie, comme dans celles de tout autre organe, afin de ne pas laisser à des lésions graves le temps de s'établir, de devenir sans remède, et pour avoir la ressource d'opérer s'il y a lieu, alors qu'on peut le faire non-seulement avec succès, mais encore sans danger; 4° enfin, cette observation devra servir à nous bien pénétrer de l'idée que, si un chirurgien doit souvent savoir attendre, il ne doit pas moins souvent s'abstenir; et il ne lui faut pour ne rien faire ni moins de conscience ni moins de courage.

Si nous consultons les auteurs qui se sont occupés des maladies des voies urinaires, de l'histoire des calculs vésicaux et des opérations qu'ils réclament, nous trouverons un bon nombre de cas d'ulcères à la vessie produits par la présence d'une pierre inégale ou chargée d'aspérités, et l'expérience confirme pour ainsi dire chaque jour l'exactitude du tableau que Covillard a tracé de ce qu'il appelait l'*ulcération attritive* des calculs. C'est principalement lorsque la surface du corps étranger offre des inégalités, et qu'il survient de l'inflammation, que celles-ci détruisent la membrane muqueuse dans un ou plusieurs points de son étendue, et que la couche musculaire se trouve mise à découvert, si même elle ne participe pas aussi à l'érosion. En général, les ulcérations de la vessie correspondent surtout aux points sur lesquels la pierre a exercé la plus forte pression. Elles n'ont guère lieu qu'aux derniers moments de la vie, lorsque la phlegmasie de la membrane muqueuse est portée à un haut degré, et que les parois vésicales s'hypertrophiant, se contractent avec force et d'une manière permanente sur le calcul.

Les ulcères vont quelquefois jusqu'à la perforation. Tulpius rapporte l'histoire d'un malade chez lequel deux gros calculs fixés au bas-fond de la vessie en perçaient les parois. (*Obs. méd.*, liv. 3, ch. II, pag. 182.) Chopart parle d'un calculeux dont la vessie contenant une pierre murale de la grosseur d'un œuf d'oie, offrait vers le milieu de son bas-fond une ouverture qui communiquait dans le rectum, et par laquelle l'urine coulait dans cet intestin. Les faits de ce genre sont nombreux dans Fernel, Covillard, Portal, Deschamps.

Nous avons observé en 1835, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un malade dont la vessie avait le bas fond ulcéré et traversé déjà par deux calculs qui se trouvaient logés entre elle et le rectum. Il en restait encore un volumineux en forme de calebasse, dont la portion rétrécie était embrassée par le pourtour d'une ulcération de toute l'épaisseur des parois vésicales, et dont la portion la plus volumineuse faisait saillie dans la cavité, l'autre pressant sur le rectum. (Des détails plus précis me manquent sur ce fait.) Toutefois, cela n'est point exactement encore la disposition anatomique que nous cherchons; il s'agit, en effet, de calculs logés dans une excavation derrière la prostate, encaissés dans une poche supplémentaire en quelque sorte, et souvent inappréciable aux explorations du chirurgien.

Ce fait avait fixé l'attention de Lecat, qui le considérait comme une sorte de kyste. « Cette deuxième espèce de kyste, dit-il, ayant une issue plus ou moins grande vers la cavité de la vessie, peut quelquefois laisser toucher le corps étranger par la sonde ordinaire, mais mieux par une sonde droite ou presque droite....... Si le lithotomiste la touche, il peut dilater l'issue et la tirer sans incision, comme je l'ai fait quelquefois, et nommément en 1761. » Et plus loin, il dit avoir vu « des pierres embrassées étroitement par le fond postérieur d'une vessie divisée en deux cavités, à la manière de certaines calebasses, ce qui peut être compté pour une troisième espèce de pierre chatonnée. » (*Parallèle de la taille latérale de M. Lecat avec celle du lithotome caché*, suivi d'*une Dissertation sur l'opinion de l'adhérence des pierres à la vessie*, page 236.)

On trouve dans le mémoire d'Houstet sur les pierres enkystées et adhérentes à la vessie (*Mém. acad. de chir.*, t. 1), plusieurs observations qui, pour la plupart, ne sont malheureusement pas assez détaillées, et dans lesquelles une disposition semblable à celle que nous avons signalée a été aussi notée. Ainsi il dit dans sa neuvième observation : M. Boudou me fit voir à l'ouverture d'un cadavre une vessie dans laquelle il y avait, entre la prostate et l'insertion des uretères, une cellule dont l'entrée était moins large que le fond, et qui aurait pu contenir un œuf de pigeon.

Le fait suivant est encore plus incomplet; on ne dit pas où était la cavité contenant le calcul, ni ses rapports avec le col vésical, les uretères, etc. M. de Lapeyronie ouvrit un homme mort de la pierre, il trouva une loge où la pierre était contenue; l'entrée de cette loge était fermée par une membrane qui couvrait exactement la pierre. Il s'aperçut en passant le doigt sur l'endroit où cette pierre était enfermée, que la membrane qui la couvrait était mobile, qu'elle se levait facilement de bas en haut, et formait une espèce de rideau étendu sur le devant de la cellule; il leva cette lame membraneuse, et découvrit une cavité considérable qui était la cellule où la pierre était placée. M. de Lapeyronie examina cette lame avant de la détacher, et remarqua qu'elle s'était produite au-dessus de la cellule, à l'endroit

d'une ride de la tunique interne de la vessie, par un pli qui s'était peu à peu étendu au point de former la membrane dont nous venons de parler.

Je ne rappelle pas la troisième observation de Bouquot, où il est question d'une pierre enfermée dans une cavité contenue dans le haut de la vessie, proche de l'os pubis. La première observation offre au contraire une cavité tout à fait semblable à celle que nous avons décrite.

Obs. III. (Par Houstet.) — Le sieur Le Page, officier invalide, âgé de 75 ans, fort et d'un bon tempérament, me consulta le 25 de juin 1829, sur des douleurs très-vives qu'il ressentait dans la région du périnée; j'introduisis assez aisément ma sonde, jusqu'à ce qu'elle fût parvenue sous l'orifice de la vessie : alors mon instrument fut arrêté par un obstacle si considérable que je me trouvai dans la nécessité de le diriger de plusieurs manières. J'aperçus par les différents tâtonnements que je faisais avec ma sonde, que le col de la vessie, qui était extrêmement serré, faisait tout l'obstacle; j'eus cependant le bonheur de le vaincre et d'y sentir une pierre. Le malade désirait impatiemment qu'on en fît l'extraction; il fut au plus tôt préparé pour l'opération; je l'entrepris le 8 juillet en présence de MM. Bouquot, Morand et Duverney. J'aperçus encore le même obstacle avec la sonde, et les mêmes procédés conduisirent mon instrument sur la pierre. Après une incision à la manière ordinaire, j'introduisis avec assez de peine les conducteurs mâle et femelle dans la vessie, et ensuite la tenette avec laquelle je touchai distinctement la pierre. J'essayai de la charger, et je crus, par l'écartement des anneaux, l'avoir embrassée, mais en serrant la tenette, j'aperçus que ce que j'avais saisi était un corps mollasse et non une pierre. Je fis de nouvelles recherches pour trouver la pierre, et le même corps mou s'engagea de nouveau dans les serres de la tenette. Je résolus alors d'en faire l'extraction; et lorsque je l'eus tiré, j'aperçus que c'était une excroissance charnue. Je portai une seconde fois la tenette dans la vessie, et je tirai un autre corps étranger semblable au précédent. Ces corps étant ôtés, j'eus beaucoup de facilité à charger trois pierres, que je tirai à trois reprises différentes; mais le malade ayant beaucoup souffert dans cette longue opération, on ne put, malgré toutes les attentions nécessaires en pareil cas, prévenir plusieurs frissons qui parurent le lendemain, et qui furent suivis les jours suivants de fièvre ardente et de suppression des urines : le ventre se tendit le quatrième jour; le délire survint, et le malade mourut le cinquième de l'opération. A l'ouverture du cadavre, nous remarquâmes que la vessie n'avait point sa figure naturelle, elle était plate comme celle des femmes qui ont eu plusieurs enfants. Les vésicules séminales et leurs ouvertures étaient tellement desséchées, qu'on n'en pouvait rien exprimer. La cavité de la vessie était fort grande, son épaisseur très-considérable, son col fort étroit, et presque bouché par le gonflement de la prostate squirrheuse qui avait en dedans trois fois plus de saillie que dans l'état naturel.

Au delà de la prostate, vers le fond de la vessie, nous aperçûmes un repli considérable, en forme de croissant, sur lequel il y avait une cavité dont l'entrée regardait la prostate. Cette cavité, qui avait un pouce et demi de profondeur, sur un pouce et demi de largeur, contenait une matière purulente.... Les embouchures des uretères répondaient aux parties latérales de ce cul-de-sac et s'ouvraient dans la vessie. Le reste de la vessie, depuis la cavité que je viens de décrire jusqu'à son fond, était parsemé de plusieurs embouchures qui conduisaient dans des cavités dont le fond était beaucoup plus large que l'entrée.... Le fond de ces loges étant large et leur entrée fort étroite, les pierres qu'elles contenaient ne pouvaient vraisemblablement montrer qu'une surface très-bornée; d'où il est évident que ces pierres pouvaient bien, à la vérité, être touchées par la tenette, sans que pour cela il fût possible de les engager entre les serres de cet instrument.

Ledran a extrait de la vessie d'une femme une pierre pesant sept onces et demie, dont une des faces, longue de trois pouces et large de deux et demi, présentait des inégalités qui avaient excorié la portion de la vessie qui s'appuie sur le rectum; il s'en était élevé des chairs fongueuses qui s'enfonçaient dans les aspérités du calcul, d'où est résulté une adhérence qui céda sans peine et ne fut connue qu'à l'inspection de la pierre. Dix jours après, il s'exfolia des portions de la membrane interne de la vessie (Ledran, *Traité des opérations de chirurgie*).

Le même auteur avait parlé de la contraction des fibres transversales de la vessie donnant naissance à cette disposition que nous avons rappelée. « J'ai souvent observé, dit-il, et d'autres l'ont observé comme moi, que dans la plupart des vessies qui ont souffert, il se fait à l'endroit où elles sont collées sur le rectum, un peu plus haut que leur orifice, *il se fait*, dis-je, une espèce de crispation, une tension dans les fibres aponévrotiques qui viennent de l'insertion d'un uretère à l'insertion de l'autre uretère. Ces fibres tendues font une espèce de ligament ou de bande un peu saillante, placée à un pouce et demi de l'orifice, selon que la vessie est plus ou moins racornie, ce qui semble la partager en deux portions inégales, l'une petite et antérieure, l'autre plus grande et postérieure lorsque le malade est couché.» (*Mém. acad. de chir.*, t. I, p. 417.)

Plusieurs auteurs ont observé ces modifications dans les parois vésicales, depuis Colot, Franco; et, longtemps après eux, Desault et Chopart. Toutefois,

l'adhérence des pierres avait fixé davantage leur attention, et les descriptions qu'ils donnent ou sont trop incomplètes, quand elles sont accompagnées d'autopsie, ou manquent du sceau que pouvait y apporter l'inspection cadavérique.

Nous ne pensons pas qu'on doive attacher une grande importance à ce fait tiré de la collection des thèses de Haller, dans lequel il est question d'une pierre volumineuse reconnue seulement par le doigt introduit dans le rectum : d'après ce seul signe, le médecin opéra au petit appareil. Les doigts introduits dans le rectum, le chirurgien sortit par la verge une fusée de pus. Après l'avoir amené au périnée, il incisa sur l'endroit où il s'imaginait que pouvait être le calcul; car il n'avait pu le faire changer de place et l'amener au point nécessaire pour le faire saillir au périnée; il incise de nouveau, et tire la pierre sur la nature de laquelle il ne dit rien. Des portions de membranes sortent ensuite de la vessie « et voilà, continue Deschamps, le malade, qui était un enfant, guéri par une opération à laquelle on n'entend rien.» (*Collect. des th. de Haller, XCIV. Diss. med. chir. de sectione et felici curatione calculi vesicæ exulceratæ adherentis*. Præs. Hen. Frid. Ch. Meyer, t. 4, p. 33.) Du reste, Deschamps, dans son *Traité de l'opération de la taille,* ajoute fort peu à ce qu'avait fait connaître sur ce point le mémoire d'Houstet, précédemment cité.

Beaucoup plus récemment, sir A. Cooper a indiqué sommairement cette disposition dans les *Med. chirurg. transact.*, p. 349 (1821). Mais les faits les plus remarquables de ce genre ont été recueillis par Delpech et publiés dans la *Revue médicale*, année 1831, t. II, p. 14 (*Observations sur la taille hypogastrique*). Ces faits auxquels on n'a pas, ce me semble, accordé toute l'attention qu'ils méritent, rentrent tellement dans la catégorie de ceux auxquels nous faisons allusion, qu'il y aura double intérêt à les reproduire : ils ont d'autant plus de valeur que la plupart s'accompagnent de détails suffisamment circonstanciés, et sont recueillis par un grand chirurgien. Les voici :

Obs. IV. (Delpech.)—Dans les recherches d'une autopsie importante, notre attention fut attirée par le petit volume et la densité de la vessie urinaire. Le malade, âgé de plus de 60 ans, et que nous n'avions eu sous les yeux que pendant quelques jours, avait une incontinence d'urine dont nous n'avions pu vérifier la cause, la gravité de son état, sous d'autres rapports, n'ayant pas permis l'application d'une algalie. L'organe ayant été ouvert par une section de la paroi antérieure, nous ne remarquâmes d'abord que l'épaisseur et la densité des tissus : ils étaient accrus par une véritable hypertrophie, accompagnée de phlegmasie évidente de la membrane muqueuse et du tissu cellulaire sous-jacent. Nous fûmes étonnés, lorsque, ayant porté un doigt dans la cavité, nous y reconnûmes une pierre, que ce corps étranger ne nous eût pas frappé d'abord; attendu surtout que nous avions coupé perpendiculairement la paroi antérieure de la vessie, et que la densité des parties nous avait conduit à faire agir le tranchant de l'instrument sur la paroi opposée. En examinant cette dernière de plus près, elle nous parut doublée par une sorte de valvule, épaisse, dense, trilobée, couverte d'une membrane muqueuse épaissie et fongueuse; c'était la base de la glande prostate engorgée, formant une projection considérable à l'intérieur de la vessie. La base du *trigone vésical,* terminée aux deux côtés par l'orifice des uretères, formait une sorte de bride transversale située en arrière de la saillie des trois lobes prostatiques. Derrière cette sorte d'appareil du col vésical, dans le fond de la vessie, était placé et comme emboîté un calcul oblong, dont le grand diamètre était dirigé transversalement, et dont nous n'avions pu toucher qu'une très-petite surface. Ce calcul avait pourtant un assez grand volume et pesait plus de trois onces. Nous nous mîmes en devoir de l'extraire, mais nous y trouvâmes de grandes difficultés, quoique l'abdomen fût entièrement ouvert, et la paroi antérieure de la vessie complétement fendue. D'un côté, la prostate et la base du trigone le recouvraient dans une grande étendue; d'un autre côté, la partie moyenne de la vessie, dont une zône horizontale avait subi une véritable contracture que l'on pouvait rapporter à la phlegmasie, et qui surmontait les côtés et la partie postérieure de la pierre. Il fallut pousser la section de la vessie au delà de son sommet, faire effort pour renverser la paroi postérieure, passer un levier entre cette même paroi de la vessie et le bord postérieur du calcul pour le dégager. Ce corps étranger ne se laissa déplacer qu'en emportant avec lui des lambeaux considérables de la membrane muqueuse du bas-fond de la vessie. Ces lambeaux ayant été détachés de la pierre, on put facilement constater qu'ils avaient été logés dans des excavations profondes de la surface inférieure du calcul qui ressemblaient à la piqûre du bois par les vers, et qui ne pouvaient être rapportées qu'à l'absorption du calcul par les vaisseaux de la membrane elle-même.

Nous appellerons l'attention, dans cette observation, sur la formation de cette cavité derrière la prostate, sur le volume de celle-ci, sur la saillie de la partie située entre les deux ouvertures des uretères; sur la contracture de la vessie consécutive à l'inflammation, ainsi que l'observe Delpech, le volume de la pierre, son ulcération transversale et profonde; sur la difficulté de son extraction même sur le cadavre, enfin sur la nécessité d'amener avec elle des portions de muqueuse devenue fongueuse, et emboîtée en quelque sorte dans les excavations du calcul.

OBS. V. — Dans ce cas, Delpech pratiqua la taille hypogastrique; il eut beaucoup de peine à dégager la pierre. Les mâchoires d'une tenette brisée ne purent être engagés de bas en haut sous les bords correspondants de la pierre dont le grand diamètre était transversal. La curette, le bouton, un levier plus commode encore, ne purent pénétrer ni sous le bord inférieur, ni sous l'un ou l'autre côté. Cette manœuvre était plus difficile encore vers le bord supérieur ou postérieur; l'instrument ne pouvait prendre cette direction qu'en glissant de bas en haut presque parallèlement aux parois de l'abdomen; d'ailleurs, il était évident que ce bord du calcul n'était pas libre; il était surmonté par un bourrelet presque horizontal que l'on ne pouvait détourner, car il était fort tendre, et sous lequel les instruments ou les doigts ne pouvaient passer qu'avec une certaine violence. On put constater alors que la pierre était disposée comme dans le fait précédent, c'est-à-dire que la phlegmasie du col de la vessie avait gonflé la prostate au point de lui faire former une saillie dans la cavité vésicale, que cette même inflammation, propagée au bas-fond et aux côtés de la vessie, avait contracturé ces mêmes régions et les avait inclinées vers la pierre au point de lui former une loge particulière et de l'assujettir. Il fallut, pour extraire ce calcul, manœuvrer difficultueusement avec le levier de la boîte à trépan : on put l'avoir enfin. Il demeura évident alors que le bas-fond de la vessie formait une large cellule, dont la limite antérieure était fournie par la base de la prostate, les côtés par les orifices des uretères, et la postérieure par une zône horizontale prise dans la paroi postérieure de la vessie. Dans le fond de cette cellule, la membrane muqueuse de la vessie était *profondément érodée*. Il n'avait pas été fait de blessure à cette même membrane par les violences que l'extraction du calcul venait d'occasionner. On sent aisément néanmoins que ces mêmes violences devaient rendre très-douteux le succès de l'opération. En effet, la cystite fut terrible, elle excita une sympathie inflammatoire dans le foie : le malade succomba.

On ne fit pas l'autopsie, ou du moins on ne donne sur elle aucun détail.

Le fait suivant est d'autant plus remarquable que les mêmes dispositions se rencontrèrent chez un enfant; la prostate était volumineuse, ce qui est rare à cet âge.

OBS. VI. (Delpech.) — Le malade qui en fait le sujet est un enfant âgé de 8 ans. On ne put, à l'aide du cathétérisme, reconnaître un calcul qu'après avoir vidé la vessie en dirigeant le bec de l'algalie vers le bas-fond de l'organe par des mouvements de rotation. Les symptômes étaient graves; la violence des douleurs, la persistance de la fièvre et la fétidité des urines suffisaient bien pour faire supposer que le calcul était volumineux, inégal, et qu'il avait déterminé quelque lésion chronique de la vessie. L'âge du malade pouvait seul encourager à chercher quelque ressource. Si, comme il paraissait démontré, le corps étranger était l'unique cause de tous les accidents, on pouvait espérer de les voir cesser après son extraction. La taille fut donc décidée et pratiquée par le périnée. L'ouverture de cette région nous fit bientôt reconnaître que le calcul n'était pas libre; qu'il était abrité par la saille de la glande prostate et de la membrane muqueuse vésicale (ce qui était, ce me semble, difficile à apprécier), qu'il était volumineux, qu'il ne pourrait être extrait par le périnée, et que même il ne pouvait pas être saisi par cette même voie. Nous prîmes sur le champ le parti de pratiquer la taille hypogastrique, et, sans autre secours que nos doigts, nous parvînmes en quelques instants sur la pierre, mais nous sentîmes aussitôt que nous aurions les plus grandes difficultés pour la saisir : elle était débordée de toutes parts par un bourrelet formé par la membrane muqueuse hypertrophiée et doublée d'un tissu fibreux développé à l'occasion des attaques fréquentes de cystite que le malade avait éprouvées. D'ailleurs, le volume de la prostate avait rejeté en haut la masse de la vessie comme dans les cas précédents, en sorte que la pierre se trouvait placée plus haut que la plaie hypogastrique; disposition favorisée par les conditions anatomiques de l'enfance, où l'on sait bien que la vessie est située plus haut....... Le malade succomba le deuxième jour à une cystite. — (Pas de détails sur l'autopsie.)

OBS. VII. (Delpech.) — Un malade, opéré de la pierre, succomba le douzième jour à une cysto-péritonite. Rien ne donnait à penser qu'il y eût encore des calculs dans la vessie. A l'autopsie, nous trouvâmes trois autres pierres; elles étaient logées dans le bas-fond de la vessie, derrière une barrière transversale élevée verticalement à la base du trigone vésical et de 13 lignes de hauteur. Cette barrière était prolongée en arrière par l'orifice vésical des uretères et par un pincement de la paroi postérieure de la vessie. La partie antérieure de cette barrière *était* formée par la glande prostate engorgée et formant une saillie dans la cavité vésicale. Cette enceinte morbide emboîtait et fixait les trois calculs; ces corps étrangers, volumineux, se correspondaient par des facettes étendues sur lesquelles ne s'étendaient presque pas les dernières couches des sédiments urinaires; ils avaient d'ailleurs fait disparaître par ulcération ou mieux par compression une très-grande étendue de la membrane muqueuse sur laquelle ils avaient reposé. La pierre qui avait été extraite avec facilité dans le moment de l'opération, avait existé et pris naissance hors de la cavité qui renfermait les trois autres, en avant de la *barrière*

prostatique et sur le col de la vessie lui-même.....

Ainsi donc, chez ce malade, même disposition anatomique, même résultat de l'opération. Au lieu d'un calcul, il s'en trouva plusieurs, et alors qu'on pensait avoir complétement débarrassé la vessie.

Obs. VIII. (Delpech.) — Un praticien des plus exercés donna pendant plusieurs mois des soins à un homme âgé, à l'occasion de rétrécissements du canal de l'urèthre, qui furent vaincus successivement par des cautérisations fréquentes. Tandis que l'on paraissait toucher au terme du traitement, qui n'avait été ni facile ni exempt de dangers, une cystite se déclare et le malade y succombe. A l'autopsie, nous trouvons dans la vessie un calcul de la grosseur d'une petite noix; ce corps étranger, hérissé d'aiguilles cristallines de phosphate ammoniaco-magnésien, était logé dans une arrière cavité du bas-fond de la vessie, séparée du col par une barrière transversale de plus de 6 lignes de hauteur, répondant à la base du trigone vésical. La pierre n'était pas emboîtée; la partie postérieure de l'enceinte n'était pas encore complétée; mais on voyait aisément à l'état de la membrane muqueuse correspondante que la chose n'aurait pas tardé.

Dans cette observation, on rencontre l'encaissement du calcul pour ainsi dire à l'état rudimentaire: pas de rétrécissement, pas d'ulcération, pas de développement anormal de la prostate ni de saillie de la muqueuse en arrière; et comme le dit Delpech, la pierre n'était pas encore emboîtée.

Depuis le mémoire de Delpech, de nombreux travaux sont venus s'ajouter à ceux qu'on possédait déjà sur les maladies des voies urinaires. L'étude des affections calculeuses faite avec plus de soins depuis la découverte et les perfectionnements de la lithotritie, a permis de rassembler un plus grand nombre de faits, et des faits observés plus attentivement.

Nous avons déjà dit que M. Amussat avait bien signalé cette disposition des calculs vésicaux, et le mode d'altération de la vessie qui les accompagne. D'autres chirurgiens l'ont mentionnée encore.

M. Leroy d'Etioles, dans son premier mémoire sur la lithotripsie, p. 42, rapporte l'histoire d'un malade chez lequel plusieurs explorations successives ne purent faire reconnaître un calcul, et qui succomba : on trouva dans le bas-fond de la vessie une pierre ayant le *volume d'une noix*, et rien dans la structure de l'organe qui pût expliquer pourquoi la sonde ne l'avait pas sentie. Il y avait évidemment dans ce cas prolongation du cul-de-sac vésical, formation d'une cavité derrière la prostate : le calcul alors profondément caché ne pouvait être senti par l'instrument. Cela arrive surtout, ajoute M. Leroy, « lorsque la tuméfaction de la prostate, en élevant le col de la vessie, et augmentant la profondeur du bas-fond, rend difficile la rencontre d'un calcul même assez volumineux : la convexité de la sonde passe au-dessus de lui sans le sentir, et si l'état de contraction de la vessie ne permet pas de porter en bas le bec de l'instrument, il échappe aux recherches. »

Dans le fait emprunté à M. Belmas, et rapporté quelques pages plus haut, il est question d'un calcul adhérant à la muqueuse ulcérée de la vessie, mais c'était au sommet de l'organe qu'il était fixé et non point au bas-fond.

Dans son *Traité de l'affection calculeuse*, M. Civiale insiste à plusieurs reprises « sur cette particularité dans la forme de la vessie qui paraît résulter exclusivement de la présence des calculs et des contractions qu'ils provoquent..... Il se fait avec le temps une excavation derrière la prostate, et en quelque sorte au-dessous d'elle. J'ai signalé il y a longtemps, dit-il, cette disposition anormale à laquelle les praticiens paraissent n'avoir attaché que dans ces derniers temps l'importance qu'elle mérite. Il importe beaucoup de s'en faire une idée nette, car elle a plus d'une fois donné lieu à des méprises qui sont devenues funestes aux malades, nombre de pierres, même volumineuses, ayant échappé aux recherches faites avec le cathéter ou avec les tenettes, en se cachant dans le sac creusé entre la prostate et le rectum. On a vu effectivement des calculs pesant plus de trois onces disparaître presque en entier dans cette excavation qui d'ordinaire s'accompagne d'un gonflement soit de la prostate entière, soit seulement de la partie moyenne de son corps. » (Civiale : *Traité de l'affection calculeuse*, p. 263.)

L'observation suivante de M. Ségalas se rattache entièrement à celles que nous venons de rappeler.

Obs. IX. — Chez un malade auquel ce chirurgien pratiqua la lithotritie, et qui succomba avec les symptômes d'une affection thoracique, on constata indépendamment de la lésion pulmonaire les altérations suivantes dans la vessie : Cet organe renfermait à son bas-fond une pierre chatonnée et volumineuse logée dans une sorte d'arrière-cavité qui communiquait en avant avec le reste de l'organe par une ouverture d'environ un pouce de diamètre, qui laissait passer l'extrémité antérieure d'un calcul à collet et en forme de calebasse. Le collet, ajoute M. Ségalas, correspondait à l'ouverture dont il s'agit, et tout montre que la lithotritie a été faite sur la partie antérieure plus molle, plus récente, de cette pierre. Les parois du viscère sont hypertrophiées dans toute leur étendue, et la membrane muqueuse de la poche postérieure, de celle qui contenait la principale partie de la pierre, était manifestement enflammée.... (*Observ. communiquée à l'Académie royale de Méd.* 28 février 1837.)

(Je regrette de ne pas y trouver indiqué l'état de la prostate, des uretères, de leurs orifices, des co-

lonnes charnues vésicales, etc., qu'il nous eût été utile de connaître.)

« Dans ce cas, l'état et la position de la pierre avaient été diagnostiqués; on la sentait à nu, dit M. Ségalas, mais en partie enveloppée d'une membrane au bas-fond de la vessie; elle se montrait à peine mobile. Elle n'était saisie par le brise-pierre que quand le bec de celui-ci était mis en travers; encore était-elle à peine touchée par lui : elle lui échappait à l'instant. D'un autre côté, le doigt porté dans le rectum faisait reconnaître dans la région de la vessie une tumeur volumineuse dure et à peine mobile. Tout se réunissait pour me faire croire à une pierre *chatonnée* et fort grosse. On pensa devoir recourir à la taille, la mort du malade vint empêcher de mettre ce projet à exécution. Dans ce cas, la taille était évidemment indiquée, on l'aurait faite par le rectum sans aucun doute. Cette méthode eût seule permis de détacher la pierre, non sans difficulté, à cause du prolongement en champignon que la pierre, en son état premier, avait dans la poche intérieure. »

Voilà donc un de ces cas, rares à la vérité, où la lithotritie et la taille offrent beaucoup de difficultés et très-peu de chances de succès; en admettant, ce qui n'avait pas lieu ici, l'absence de toute complication et l'intégrité parfaite de tous les organes étrangers à l'appareil urinaire. Il est bon d'ajouter que le malade souffrait depuis quatorze ans, et qu'on avait attendu jusque-là pour s'assurer à l'aide du cathétérisme de la véritable cause d'un catarrhe de la vessie.

Enfin, tout récemment, nous avons recueilli un fait presque analogue. Le malade se trouvait dans les circonstances les plus désavantageuses, il succomba.

Obs. X. — Un malade âgé de 76 ans, souffrant de la vessie depuis plus de huit ans, ayant rendu à cette époque quelques graviers et même des fragments de calcul, fut pris au commencement de septembre 1838 d'une rétention d'urine pour laquelle il consulta un chirurgien de la capitale; on parvint à le sonder et à donner issue à une énorme quantité d'urine purulente, des plus fétides; elle laissait un dépôt bourbeux, rougeâtre; la sonde placée dans la vessie fit reconnaître alors l'existence de plusieurs calculs, occupant le bas-fond et resserrés dans une espèce d'arrière-cavité. Ces premières explorations furent assez douloureuses; on continua les injections, le malade fut plusieurs fois mis au bain; diète, quelques boissons adoucissantes. Il y avait de la fièvre, une chaleur âcre de la peau, perte de sommeil; langue sèche et blanchâtre; soif vive; l'état de la vessie ne s'améliorait pas, on résolut dès lors de la débarrasser par le broiement des corps étrangers qu'elle renfermait. Dans une première séance on brisa par la simple pression 8 à 10 pierres d'un volume variable entre 3 et 9 lignes; les douleurs ne furent pas très-vives. On revint aux injections, le malade rendit beaucoup d'urine, toujours avec les mêmes caractères... Il succomba 48 heures après.

Autopsie. — On ne put examiner que la vessie. Ses parois ont considérablement augmenté d'épaisseur par le développement de la membrane musculeuse : sa capacité n'est guère accrue; la muqueuse grisâtre, un peu fongueuse, présente entre les colonnes charnues beaucoup de petites loges, renfermant quelques pierres dont le diamètre varie entre 2 et 4 lignes. La prostate est hypertrophiée et présente en arrière et sur les côtés deux végétations fongueuses développées surtout à droite, laissant entre elles et au-dessus d'elles une dilatation du canal de l'urèthre, dans lequel l'extrémité du doigt indicateur s'engage facilement; le bas-fond vésical et le côté postérieur du trigone sont soulevés et mis presque de niveau avec la prostate, formant en arrière une espèce de valvule qui couvre incomplétement l'entrée d'une cavité secondaire placée un peu sur la droite, pouvant loger un petit œuf, et distendue par une énorme quantité de calculs irréguliers, à surface inégale, d'un blanc grisâtre, les uns n'ayant que 2 à 3 lignes de diamètre, les autres en plus grand nombre, 6, 8, 9 lignes. Deux d'entre eux, sciés par le milieu, offrent un noyau central jaunâtre, assez dur, puis des couches corticales plus blanches et plus molles; dans quelques-uns des poils durs et blancs se trouvent intriqués. Les reins étaient plutôt diminués qu'augmentés de volume, leur tissu rouge et plus dur; l'un d'eux est le siége de deux kystes remplis de sérosité sanguinolente; les uretères ne sont pas dilatés.

Je donne ce fait sans aucune réflexion, seulement comme exemple de ces vessies à arrière-cavité renfermant des calculs encaissés dans une sorte de cavité secondaire. Nous y trouvons du reste les divers degrés de la même altération : colonnes charnues hypertrophiées, cavités intermédiaires peu profondes, cavités intermédiaires se creusant davantage, puis s'arrondissant en poches, enfin énorme dépression remplie de calculs, et coïncidant avec ces altérations, une hypertrophie prostatique.

Résumé et réflexions générales.

Il serait facile maintenant de tracer l'histoire générale de cette variété de calculs vésicaux que nous avons appelés *encaissés*. Ce qui caractérise anatomiquement cette disposition, c'est la présence constante d'une dépression plus ou moins large, mais toujours profonde, vers le bas-fond vésical et derrière la prostate : dépression ordinairement plus évasée à son fond qu'à sa partie supérieure qui présente pres-

que toujours un rétrécissement apparent même à l'extérieur (Obs. I, IV, V). Dans les autres cas, il n'a pas été signalé peut-être par oubli. Il est à remarquer que dans les cas où ce rétrécissement était survenu, la muqueuse vésicale était profondément érodée et détruite (Obs. I, IV, V). Toutefois, le contraire n'a pas toujours lieu, et l'ulcération existe sans ce resserrement; tout au moins n'est-il pas noté dans les observations convenablement détaillées (Obs. III, VII).

Le volume de la prostate a été trouvé constamment augmenté. Cela avait lieu dans toutes les observations que nous avons rapportées, excepté cependant dans la première, remarquable en ce sens qu'il y avait une atrophie notable de cette glande (Obs. I). L'observation VIII de Delpech ne présente pas non plus d'hypertrophie prostatique; il n'y est pas question toutefois d'atrophie. Peut-être faut-il l'attribuer dans l'observation I à un degré plus avancé de la maladie et à la position qu'occupait la pierre relativement au col vésical. La prostate se trouvait en quelque sorte disséquée à sa partie inférieure; la pression du calcul la refoulait de bas en haut, et avec d'autant plus d'efficacité que le volume de la pierre était plus considérable; l'atrophie par compression n'aurait dans ce cas rien qui doive étonner, c'est la règle générale.

Le volume considérable des calculs est à rappeler aussi; presque toujours il n'en existait qu'un seul (Obs. I, IV (Delpech) VI, IX (Ségalas), cependant on en trouve trois et un plus grand nombre dans quelques cas (Obs. de Ledran X); la position des diamètres de la pierre relativement à ceux de la vessie, l'excavation secondaire, ne sont pas toujours exactement rappelées; le grand diamètre du calcul était transversalement situé dans les observations I, III et V. Dans ces cas et dans presque tous les autres la pierre était volumineuse; M. Civiale dit en avoir vu dans ces circonstances peser plus de 3 onces; celle dont parle Ledran pesait plus de 7 onces.

Il est malheureux que des détails plus circonstanciés relativement au degré d'altération des parois vésicales ne se trouvent pas dans les résultats d'autopsie; il est à regretter aussi qu'on ne sache rien sur l'ancienneté de la maladie, la forme présentée par les symptômes, etc.; les erreurs de diagnostic qui auront pu être commises; s'il y a eu ou non rétention d'urine.... On comprend que tout cela serait à consulter pour apprécier sur le vivant cette disposition de la pierre et la diagnostiquer avant de rien entreprendre.

Je pense qu'on ne saurait trop insister comme moyen explorateur, sur l'emploi du doigt indicateur introduit dans le rectum : en le dirigeant en avant et aussi haut que possible le malade étant debout de manière à porter en bas la vessie, le calcul qu'elle renferme, le degré d'hypertrophie de la prostate, la présence du pus que des pressions modérées pourront faire sortir par le canal de l'urèthre, le degré de douleur que ces pressions déterminent, amèneront peut-être à soupçonner l'état des parties malades; tout en s'aidant du cathétérisme par le canal de l'urèthre, avec ou sans injections préalables, suivant les cas, suivant le degré de sensibilité des parties et d'impressionnabilité du malade.

Dès l'instant que les symptômes de la pierre remonteront dans leur apparition à une date éloignée, on aura déjà des raisons de soupçonner l'encaissement du calcul, ou du moins il y aura plus de chances pour que cette disposition existe. Ainsi, dans les observations où l'époque du développement de la maladie est indiquée, nous voyons qu'il s'agit de huit ans pour le vieillard qui fait le sujet de la IX[e] observation, de quatorze ans, obs. VIII. Dans les observations I, V, etc., il est question de plusieurs années.

Tous les malades étaient du sexe masculin, à l'exception de la malade dont parle Ledran; et encore les détails dont s'accompagne son histoire sont-ils trop incomplets pour que nous puissions la rapprocher exactement des autres faits.

Relativement à l'âge, il est remarquable que tous étaient des adultes, à l'exception du petit malade, âgé de huit ans, dont parle Delpech à la sixième observation. Parmi ceux dont l'âge est signalé avec exactitude, le plus jeune avait quarante-deux ans (Obs. IX), les autres étaient tous plus vieux, depuis soixante ans (Obs. IV) jusqu'à soixante-quinze, soixante-seize (Obs. III, X). Dans l'observation VIII, il est question aussi d'un homme âgé : ainsi donc le sexe masculin, l'âge avancé du malade, seront de nouvelles raisons à ajouter à celles précédemment déduites pour soupçonner la disposition du bas-fond vésical dont il est ici question. Cela est d'autant moins étonnant que les progrès de l'âge, accompagnés presque toujours d'une hypertrophie de la prostate, d'une dépression plus marquée du bas-fond vésical, semblent déjà, indépendamment de la présence de la pierre, de son volume, de sa forme, favoriser la position spéciale de celle-ci et les rapports importants que contracte la vessie avec elle.

Est-il nécessaire d'ajouter que cet état constitue un cas fort grave d'affection calculeuse, et d'autant plus grave qu'on aura attendu plus longtemps; car alors la cavité se creuse davantage, les saillies antérieure et postérieure se prononcent, puis l'inflammation arrive, et, après elle, la suppuration, l'ulcération, les végétations fongueuses; le reste du système urinaire se prend, et, quoi qu'on fasse, les malades succombent. Je dis quoi qu'on fasse, puisque dans tous les cas que nous avons rappelés, à l'exception d'un seul (Obs. de Ledran), la mort est sur-

venue sans qu'on ait fait la moindre tentative d'opération (Obs. I, IV, VIII), après la taille périnéale (Obs. III, VI, VII), après la taille hypogastrique (Obs. V), et après les tentatives de lithotritie (Obs. IX, X, etc.). Chez les malades qui ont succombé aux suites de la taille, on a constamment trouvé une cystite avec ou sans suppuration, ou une cysto-péritonite.

Un pareil résultat doit, ce me semble, faire rejeter toute idée d'opérer dans des cas de ce genre; il faut alors renoncer tout aussi bien à la taille qu'à la lithotritie, et peut-être plus encore à la lithotritie qu'à la taille, à la condition toutefois que cette dernière sera pratiquée par le rectum; cette méthode nous paraît dans l'espèce offrir le moins d'inconvénients, et même quelques avantages. Ainsi par elle on attaque directement le fond de la poche, on arrive sans peine sur le calcul, on saisit ce dernier au-dessous du rétrécissement vésical, et non au-dessus comme on serait forcé de le faire par la taille hypogastrique. Une fois l'opération faite, le pus, les débris de membranes prennent une route facile, rien ne stagne dans cette arrière-cavité, qu'on ne pourrait vider jamais par l'incision sus-pubienne. Puis l'ouverture faite avec le bistouri ou le lithotome, ne se cicatrisant à la longue qu'après une suppuration plus ou moins abondante, devra, par ce mode de cicatrisation même, rétrécir considérablement, peut-être effacer ce cul-de-sac, qu'on ne verrait jamais disparaître autrement. L'organisation du tissu fibreux inodulaire serait ici fort utile par les tractions qu'il déterminerait, dans son retour incessant sur lui-même.

Et du reste, pour le dire en terminant, le développement et l'organisation de ce tissu fibreux nous paraissent jouer un grand rôle dans cet état de resserrement vésical. Sans doute il y a là une contraction ou une contracture comme on l'a dit; mais ce n'est point un résultat de la contractilité musculaire, ou du moins elle ne joue qu'un rôle secondaire et partiel; à plus forte raison n'en remplit-elle aucun lorsque les fibres musculaires sont détruites, ainsi que cela avait lieu dans plusieurs observations. L'inflammation développée autour de points excoriés, ulcérés, devenus fongueux, s'accompagne à la fois de cette rétractilité musculaire, irritative, sur laquelle M. Malgaigne a appelé l'attention dans ces derniers temps, et d'une rétractilité de cicatrice. Les épanchements plastiques, s'organisant au milieu des parois vésicales et au-dessus du calcul, doivent nécessairement, lorsque leur développement est complet, déterminer une rétraction circulaire comme l'organe qui en est le siége, et au-dessus de la pierre, puisque le volume de celle-ci s'oppose au retrait des parties en contact avec elle, de même que sa présence et ses aspérités déterminent l'inflammation et l'ulcération des surfaces qui lui correspondent.

Sans doute cette théorie, conséquence des idées de Delpech, devrait pour être admise se justifier par des preuves plus nombreuses; mais ce qui a été dit suffit, je pense, pour rendre jusqu'à présent raison des faits observés. Nous ne saurions toutefois passer sous silence l'explication qu'a donnée M. Civiale : « Les fibres charnues et la vessie, dit il, sont disposées de manière qu'en se resserrant elles tendent à rassembler les parois vers l'orifice de l'urèthre. Cette disposition, qui lui est commune avec tous les viscères creux, lui permet d'expulser les corps qu'il contient, et fait que ceux-ci s'appliquent contre son col, quand ils ont un volume qui dépasse la capacité du conduit excréteur. Mais, soit que les fibres du corps de la vessie ne se contractent pas également, soit que par une conformation spéciale la partie connue sous le nom de bas-fond se trouve plus déprimée qu'à l'ordinaire, il y a des calculs qui semblent ne jamais quitter ce lieu. Les contractions vésicales s'exercent sur eux dans le sens de leur direction, c'est-à-dire qu'elles les poussent en bas et en avant, de sorte qu'avec le temps il se produit une excavation derrière la prostate, et en quelque sorte au-dessous d'elle. » (Civiale, *Traité de l'affection calculeuse*, p. 262.)

Les faits que nous venons de rapporter auront soulevé plusieurs questions fort importantes de pathologie et de thérapeutique chirurgicale; nous sommes bien loin de croire en avoir donné une entière solution : nous pensons seulement avoir réuni des matériaux utiles à consulter, et rassemblé quelques éléments qui pourront devenir la base d'un travail plus complet.

ARCHIVES DE MÉDECINE. — Avril 1839.

Polype cellulo-fibreux de la cavité de l'utérus pris pour un cancer du corps de cet organe; expulsion provoquée avec succès par le seigle ergoté; ligature dans le vagin; guérison; par le docteur ARNAL, ancien interne des hôpitaux.

Madame X..., âgée de quarante-quatre ans, d'un tempérament sec et éminemment nerveux, fut prise, à vingt-trois ans, dans le bassin et la région lombaire, de douleurs vagues qui se faisaient particulièrement ressentir à chaque époque menstruelle. A cela près sa santé était parfaite et la menstruation toujours régulière. Cependant la malade ne tarda pas à être incommodée pour la première fois, par un écoulement leucorrhéique qui est allé continuelle-

ment en augmentant et qui n'a cessé de la tourmenter jusqu'à ce jour.

Mariée à vingt-cinq ans, madame X... éprouva bientôt les premiers symptômes de la grossesse. La gestation fut d'ailleurs très-régulière et l'accouchement eut lieu à terme sans offrir rien de particulier.

Six semaines après l'accouchement, retour de la menstruation; mais depuis ce moment l'écoulement blanc est devenu de plus en plus abondant, et avec lui sont arrivés tous les symptômes dont il s'accompagne habituellement. Depuis ce moment aussi l'époque menstruelle, quoique régulière, a été difficile, orageuse, tourmentée par des accidents nerveux très-variables, tantôt par des douleurs névralgiques à la face et au crâne, tantôt par des gastralgies violentes suivies de vomissements, quelquefois par des coliques, d'autres fois par des évanouissements répétés, etc. La menstruation terminée, tous ces accidents disparaissaient pour recommencer le mois suivant. La malade n'était, du reste, jamais bien, car, dans l'intervalle des époques, elle éprouvait des tiraillements violents dans la région lombaire, une sensation pénible de pesanteur à l'anus et parfois des douleurs profondes qui semblaient partir de l'intérieur du bassin et allaient retentir aux aines, aux pubis et aux cuisses.

Tous ces symptômes prenant chaque jour plus d'intensité, et l'état général de la santé s'altérant visiblement de plus en plus, la malade qui, par une fausse honte, avait toujours refusé de se prêter à un examen sérieux, s'y décida enfin, et se mit entre les mains d'un médecin distingué de Paris, qui explora avec soin les organes de la génération. Nous ne savons pas positivement quel fut le diagnostic porté par ce médecin; toutefois, il rassura la malade, et se contenta de lui conseiller plusieurs applications de sangsues, de grands bains, des injections astringentes et des préparations ferrugineuses à l'intérieur, lui promettant qu'au bout d'un mois elle se trouverait beaucoup mieux.

Ce traitement fut fait avec exactitude, mais il ne fut suivi d'aucune amélioration. Comme la promesse du docteur ne s'était pas réalisée, c'était évidemment un mauvais médecin; et, comme il arrive toujours en pareille circonstance, des officieux conseillèrent à la malade d'en prendre un autre; et cette fois on l'adressa à une célébrité de l'époque, à un professeur de l'école. Celui-ci examina à son tour madame X..., reconnut quelques ulcérations à l'entrée du vagin, les cautérisa à plusieurs reprises avec du nitrate d'argent, les guérit promptement, et assura à la malade que dorénavant elle jouirait d'une parfaite santé, attendu que c'était là la cause unique de tout ce qu'elle avait éprouvé. Comment douter d'une pareille promesse? *Magister dixerat!* Cependant notre pauvre malade fut encore une fois cruellement trompée dans son attente; car, sauf une légère diminution de la leucorrhée, tous les autres symptômes persistèrent dans leur intensité première.

Après ce professeur un second fut appelé, et après lui survinrent successivement les médecins les plus en renom de Paris; mais la malade n'en obtint aucune amélioration appréciable; elle alla, au contraire, de mal en pis. Tout, en effet, augmenta peu à peu, et les tiraillements lombaires, et les douleurs utérines, et la pesanteur au fondement, et les symptômes névralgiques, et les pertes blanches, etc. Pour abréger, disons que la malade a éprouvé pendant plus de quinze ans consécutifs les mêmes symptômes, la même maladie.

Comme on le pense bien, une infinité de moyens, tant externes qu'internes, ont été tour à tour employés contre cette affection; nous n'en finirions pas si nous voulions en donner la longue et triste nomenclature. Enfin rien ne réussissant, les médecins déclarèrent aux parents un cancer incurable du corps de l'utérus, et persuadèrent à la malade que les symptômes qu'elle éprouvait dépendant de son époque critique, tout traitement devenait inutile; qu'il fallait s'en rapporter à la nature; que l'hygiène lui convenait mieux que les drogues, et la décidèrent à aller habiter Saint-Germain, sous prétexte que l'air de cette localité lui serait plus favorable que celui de Paris. C'était un abandon formel.

Cependant, arrivée à Saint-Germain, madame X... réclama les soins de M. Dupont, médecin aussi recommandable par son talent que par sa modestie et la noblesse de son caractère. S'étant fait raconter tous les détails de cette longue et douloureuse maladie, et comparant les symptômes passés avec ceux qui existaient alors, il pensa *à priori* que le mal n'était peut-être pas aussi grave qu'on l'avait jugé à Paris, et me fit demander pour examiner avec lui cette pauvre abandonnée. Je me rendis le lendemain à son invitation, et voici à peu près dans quel état se trouvait alors la malade :

Elle était d'une faiblesse extrême; la peau était sèche, d'un blanc terne tirant sur le jaune paille; palpitations intermittentes s'accompagnant souvent de défaillances; œdème aux membres inférieurs; écoulement vaginal toujours abondant, successivement sanieux, fétide et séreux; douleurs vives au dos, aux lombes, aux pubis et aux aines, augmentant pendant la marche et la position debout; envies fréquentes d'uriner. Le liquide qui s'écoule du vagin est si âcre qu'il enflamme la peau des grandes lèvres et du périnée; les règles sont irrégulières et parfois d'une abondance extrême; les seins sont affaissés et comme flétris; la malade porte sur sa figure l'expression de souffrances vives, de découragement et d'une mélancolie profonde. Les organes de la digestion s'af-

fectent à leur tour ; dégoût de plus en plus prononcé ; éructations, digestions toujours lentes et difficiles ; coliques fréquentes, alternatives de constipation et de dévoiement, etc., etc.

Les parties externes de la génération étaient saines, sauf la rougeur dont nous venons de parler ; leur sensibilité générale était d'ailleurs tellement exaltée, que la simple introduction du doigt arrachait des cris à la malade, et qu'il nous a fallu, avant de nous livrer à un examen plus complet, avoir recours aux bains émollients, aux lotions de même nature et aux opiacés. Au bout de quelques jours de ce traitement, les symptômes d'irritation se sont calmés, et nous avons pu enfin explorer la matrice par le toucher et le spéculum. Voici ce que nous avons observé :

La matrice était très-basse ; son corps avait au moins le triple de son volume normal ; l'orifice externe du vagin était très-étroit, mais, par compensation, la partie supérieure de ce canal était très-dilatée, de sorte que nous avons pu refouler les parois à une hauteur considérable et explorer la majeure partie de la face antérieure de l'utérus qui nous a paru lisse et uniformément développée. Le toucher par le rectum, nous a donné la même assurance pour la face postérieure. Le col était sain, mais très-court, comme si sa cavité s'était confondue supérieurement avec celle de la matrice par suite d'une dilatation commune. L'organe tout entier était, du reste, dans sa situation normale et n'offrait de déviation dans aucun sens ; la pression exercée sur tous les points accessibles au doigt n'a déterminé nulle part de douleur vive ; la sensibilité était la même partout ; les ligaments larges étaient parfaitement sains.

Toutes ces circonstances nous firent penser que nous avions affaire à un polype et non à un cancer du corps utérin, comme l'avaient cru les médecins qui, avant nous, avaient donné leurs soins à la malade. Remontant ensuite aux symptômes, nous y avons trouvé de nouvelles preuves à l'appui de cette opinion, et notre conviction a été de plus en plus profonde. Nous comprenions difficilement, en effet, qu'un cancer ait pu exister pendant vingt ans et faire des progrès continuels, sans amener la désorganisation et par suite la mort. D'un autre côté, l'écoulement avait une odeur fétide, insupportable, il est vrai ; mais cette odeur ne nous paraissait pas complétement semblable à celle des cancers ulcérés ; en outre, elle n'était pas constante ; elle était seulement très-prononcée lorsque le flux leucorrhéique offrait une couleur d'un rouge tirant sur le noir ; enfin, elle se rapprochait plutôt de celle des substances animales en putréfaction, et nous avons dû la rapporter à l'altération de quelques caillots retenus entre le polype et les parois de l'utérus.

Dans le cas de cancer du corps de la matrice, la surface de celle-ci est ordinairement irrégulière, noueuse, mamelonnée ; or, comme nous l'avons dit, celle de notre malade était au contraire uniforme et lisse. L'orifice du museau de tanche n'était pas dilaté, mais il était arrondi, et on sentait derrière lui un corps plus dur et plus résistant que lui. Enfin ces raisons, et quelques autres encore qu'il serait trop long de développer, nous confirmèrent de plus en plus dans notre opinion, et nous assurâmes positivement à la malade que la cause réelle de ses souffrances était une production polypeuse.

Ce diagnostic une fois porté, restait à proposer un traitement approprié ; mais lequel ? Le corps étranger était encore renfermé dans la cavité utérine : fallait-il attendre que par ses propres progrès il entr'ouvrît le col et s'ouvrît de lui-même une voie dans le vagin, ou que la matrice, fatiguée enfin de sa présence, se contractât fortement sur lui et s'en débarrassât ? Mais, comme on l'a vu, la femme était épuisée, le dévoiement et les pertes de sang qui devenaient chaque jour de plus en plus abondantes, ne nous laissaient pas le loisir d'attendre le travail expulsif de la nature, toujours si douloureux et si lent : il fallait donc agir coûte que coûte, ou nous condamner à voir mourir entre nos mains inactives cette malheureuse mère de famille, qui pourtant pouvait encore être sauvée. Le choix n'était pas douteux ; voici ce que nous avons décidé :

Nous devions inciser de chaque côté et dans toute sa longueur le col de l'utérus, aller saisir le polype et l'amener dans le vagin, ou bien le lier dans l'intérieur même de la matrice, dans le cas où il nous aurait été impossible de le faire descendre. Cependant, avant d'avoir recours à ce moyen extrême, nous avons voulu essayer d'un autre à la fois plus doux et plus simple, et bien nous en a pris, car, comme on va le voir, il a parfaitement rempli le but que nous nous proposions.

A chaque époque menstruelle, avons-nous dit, la malade était prise de symptômes analogues à ceux de l'accouchement, et annonçant que la matrice faisait des efforts pour se débarrasser du corps étranger qu'elle renfermait : c'était évidemment nous mettre sur la voie de ce que nous avions à faire ; il fallait aider la nature dans ce travail d'expulsion ; or, voici comment nous avons rempli cette indication :

Dans l'intervalle de deux époques menstruelles, la malade a pris régulièrement deux grands bains par semaine, et a fait tous les jours des injections avec une décoction de belladone et de ciguë, en même temps qu'elle a pris à l'intérieur un paquet de 15 grains de sous-carbonate de fer. Aussitôt que les premiers symptômes, qui d'habitude précédaient la menstruation, se sont déclarés, nous lui avons fait prendre 40 grains de seigle ergoté nouvellement pulvérisé. Sous l'influence de ces divers moyens, des

contractions utérines se sont développées fortes et prolongées; et, par suite, le polype est descendu dans le vagin. Mandé de nouveau par notre confrère, je me suis transporté immédiatement à St-Germain, et j'ai trouvé en effet le corps étranger qui entr'ouvrait déjà les grandes lèvres. N'ayant pas alors les instruments nécessaires pour en faire la ligature, je l'ai saisi avec des pinces, espérant par des tractions rompre son pédicule, ou l'amener tout entier hors de la vulve; mais je n'ai pu le faire descendre, retenu qu'il était par son pédicule large et solide et aussi par son volume, car il remplissait toute la cavité du vagin. Aussi bien nous n'aurions pas pu, dans tous les cas, faire l'excision sans faire courir à la malade des chances graves d'hémorrhagie, car nous sentions battre plusieurs grosses artères sur divers points de la surface de la tumeur, et particulièrement au pédicule. Nous avons donc dû remettre au lendemain pour lier dans le vagin même, d'autant mieux que l'écoulement de sang était très-peu abondant, et que la malade n'éprouvait plus de douleurs.

Le lendemain nous avons trouvé le polype plus bas encore que la veille; nous avons renouvelé des tractions, et cette fois elles ont eu pour résultat d'attirer entre les lèvres du museau de tanche le fond de la matrice, où se trouvait implanté le polype. Nous nous en sommes tenus là, afin d'éviter un renversement complet de l'organe; puis nous avons passé une forte ligature autour du pédicule, tout près de son implantation, et la malade a été remise dans son lit, pleine de joie et d'espérance.

Les jours suivants nous avons serré de plus en plus la ligature, et aucun accident ne s'est manifesté; seulement le polype était si volumineux qu'il comprimait fortement le canal de l'urèthre, et empêchait l'excrétion urinaire. Nous avons facilement paré à cet inconvénient, en sondant la malade chaque fois. Enfin, le dixième jour la ligature s'est détachée, et nous avons pu extraire le polype.

Nous avons fait faire d'abord des injections avec de l'eau chlorurée, plus tard avec des liquides astringents, et peu à peu l'écoulement a diminué. Quant à la santé générale de la malade, elle ne laisse aujourd'hui plus rien à désirer. Quatre mois se sont déjà écoulés depuis l'opération; les règles sont revenues avec une régularité parfaite, et rien n'indique que nous ayons à redouter une récidive.

Les limites du Journal et la longue étendue de cette observation ne nous permettent pas de l'accompagner des réflexions qu'elle fait naître : mais le lecteur les fera aussi bien que nous. Nous rappellerons seulement, en terminant, les circonstances qui nous ont paru les plus remarquables, et la longueur de la maladie, et les symptômes contradictoires qu'elle a présentés dans sa marche et qui ont fait croire à un cancer, et les désordres profonds et variés qu'elle avait produits sur toute l'économie, et l'action si salutaire du seigle ergoté, et l'absence de tout accident à la suite de la ligature, et enfin une guérison aussi complète et aussi sincère, qu'elle nous paraissait tout d'abord inespérée.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — Avril 1839.

Observation de hernie de la trompe de Falloppe. —Hydropisie du sac herniaire. — Ponction.— Péritonite.—Mort; par M. A. BÉRARD, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker.

Madame B...., âgée d'environ 45 ans, encore bien réglée, d'une bonne constitution, jouit habituellement d'une bonne santé. Seulement depuis quelques années elle éprouve de temps en temps des fatigues dans la région des reins, des douleurs passagères dans la partie inférieure du ventre. Cette dame a eu deux accouchements qui n'ont rien offert d'extraordinaire; elle ne s'est jamais livrée à des travaux pénibles.

Il y a deux ans qu'elle s'aperçut de la présence dans l'aine droite, d'une petite tumeur qui disparaissait par la pression. Ce caractère fut constaté par madame B.... et par un médecin fort habile, M. le docteur Sterlin, qui lui donna le conseil de porter un bandage : madame B.... négligea complétement de se conformer à cet avis. La tumeur fit des progrès assez lents, conservant toujours sa réductibilité.

Dans le mois de décembre 1837 l'accroissement de la tumeur fut plus rapide et les douleurs du ventre devinrent plus vives qu'à l'ordinaire. Madame B.... réclama de nouveau les secours de la médecine. M. le docteur Briquet, qui lui donnait des soins pour la première fois, s'aperçut bientôt que la tumeur de l'aine était irréductible, et, soupçonnant quelque relation entre cette irréductibilité et les coliques qu'éprouvait la malade, il me fit de suite appeler.

Voici le résultat de notre première inspection : il existe dans l'aine, du côté droit, une tumeur volumineuse, à base large, à surface égale, excepté dans un point en dedans et en haut où il y a une saillie en mamelon de la largeur du bout du doigt. Cette tumeur, qui dépasse le volume d'un œuf de poule, s'étend un peu vers le ventre et la grande lèvre droite. La peau qui la recouvre a conservé sa couleur et son épaisseur naturelles, si ce n'est au niveau du mamelon, où elle est très-amincie et présente une teinte légèrement bleuâtre. Ce mamelon excepté, la peau glisse partout sur le reste de la tumeur. Celle-ci est indolente, la pression n'en

est pas douloureuse, comprimée pendant longtemps dans diverses directions et en faisant changer la malade de position, elle reste irréductible et ne subit aucune diminution appréciable dans son volume; la percussion constate qu'elle ne renferme pas de gaz. Enfin une exploration méthodique permet d'apercevoir partout une fluctuation manifeste. Pour constater la nature du liquide, nous examinâmes la tumeur à l'aide d'une lumière comme on le pratique dans l'hydrocèle, et sa parfaite translucidité nous apprit qu'elle était remplie par de la sérosité : ajoutons, pour terminer la description de cette tumeur, qu'on ne peut passer les doigts sous sa base et la détacher des parois abdominales; il semble même qu'il en parte un prolongement qui traverse l'épaisseur de ces parois dans le sens du canal inguinal et se perde dans le ventre.

Nous doutâmes alors de l'exactitude de quelques-uns des rapports antérieurs, d'autant plus que la malade nous affirmait que sa tumeur rentrait encore quand elle était couchée, assertion évidemment fausse.

En palpant le ventre, je découvris un corps gros, rond et dur qui proéminait au-dessus du pubis; le toucher fit reconnaître que cette masse était développée dans le corps de l'utérus; elle égalait le volume d'un gros œuf de dinde : la malade n'en soupçonnait pas même l'existence. Nous nous arrêtâmes à l'idée que madame B.... portait un ou plusieurs corps fibreux de l'utérus. Nous pensâmes que les coliques, les pesanteurs et autres accidents éprouvés du côté des reins et du bassin étaient le résultat de la présence des tumeurs de l'utérus, et en rapprochant cela des caractères de la tumeur de l'aine, nous éloignâmes toute idée de hernie étranglée; cette tumeur nous parut être soit un kyste séreux accidentellement développé dans cette région, soit un ancien sac herniaire oblitéré au collet et atteint d'hydropisie.

Cette dame désirait ardemment être débarrassée d'une tumeur qui faisait chaque jour de nouveaux progrès, devenait fort incommode par suite de la pression de quelques pièces du vêtement, du bord inférieur du corset surtout, et rendait alors difficiles et douloureux les mouvements de flexion de l'articulation coxo-fémorale. Cependant, comme nous redoutions des dangers à une opération, nous proposâmes d'abord l'emploi de moyens résolutifs et fondants, tels que pommade mercurielle, emplâtre de Vigo, etc.; mais la malade, d'ailleurs fort indocile, ne tarda pas à se lasser d'un traitement que son impatience lui faisait trouver trop lent, et qui du reste ne modifiait en aucune façon la marche progressive de l'affection. Il fallut y renoncer. Nous fûmes en doute, M. Briquet et moi, pour savoir s'il fallait abandonner la maladie à elle-même ou si l'on devait opérer. En donnant la préférence à l'opération, plusieurs moyens se présentaient : 1° des ponctions successives comme dans la cure palliative de l'hydrocèle; 2° une ponction, et ensuite l'un des moyens auxquels on a recours pour provoquer une inflammation adhésive dans une cavité séreuse : séton, injection irritante, etc.; 3° la dissection du kyste et l'ablation d'une partie ou de la totalité de ses parois; 4° son incision étendue, suivie de pansements qui auraient amené la suppuration de sa face interne. Chacun de ces procédés présentait des avantages et des inconvénients.

En abandonnant la maladie à elle-même, la rupture spontanée de la poche paraissait inévitable, et comme la tumeur faisait des progrès rapides, l'on devait redouter lors de l'ouverture spontanée une inflammation d'autant plus grave que la surface du kyste aurait acquis plus d'étendue. Il y avait donc danger à temporiser. Dans cette position grave et embarrassante, il nous parut convenable de réclamer les avis d'un troisième confrère, et M. Marjolin fut appelé en consultation. Ce professeur expérimenté constata comme nous l'avions fait l'irréductibilité de la tumeur, sa fluctuation et tous les autres caractères que nous lui avons assignés. M. Marjolin reconnut en outre quelque chose d'un peu dur en bas, à la base de la tumeur, et qui semblait se perdre profondément dans les parois de l'abdomen. Cette découverte, rapprochée des autres circonstances de la maladie, nous conduisit à porter le diagnostic suivant comme le plus probable : ancienne hernie crurale; hydropisie du sac herniaire, qui contient en outre quelque viscère abdominal, probablement un petit morceau d'épiploon; enfin adhérence probablement complète du collet du sac herniaire avec l'organe contenu dans la hernie d'où résulte l'irréductibilité du liquide que renferme le sac.

L'on verra plus loin que ce jugement, exact en plusieurs points, s'est trouvé en défaut sur quelques parties importantes.

Pour donner la plus grande précision possible à notre diagnostic il fut décidé, d'après la proposition de M. Marjolin, qu'une ponction serait faite avec un petit trois quarts afin d'évacuer le liquide et de mieux examiner la tumeur quand elle serait vide. Cette ponction fut immédiatement pratiquée sur la partie la plus saillante de la poche; il s'écoula par la canule du trois quarts six à huit onces de sérosité liquide, de couleur légèrement citrine, mousseuse et qui se prit en gelée sur le feu. La poche ainsi évacuée, nous reconnûmes parfaitement bien à sa base un corps arrondi, du volume d'une petite noisette, occupant l'anneau crural et disparaissant profondément derrière l'arcade crurale. Ce corps demeura irréductible

et nous fûmes persuadés que notre diagnostic était exact sous tous les rapports.

Dans le but d'enflammer la poche et d'obtenir l'adhésion de ses parois on la tint couverte de compresses imbibées de vin aromatique. Le jour même de la ponction, vers trois heures du soir Madame B... éprouve un frisson prolongé et ressent des douleurs dans la tumeur.

Le second jour, au matin, la poche est de nouveau remplie; la plaie du trois quarts fermée, peau rouge et chaude, tumeur très-douloureuse, prostration assez grande et qui a constamment été en augmentant jusqu'à la mort. (25 sangsues; cataplasme émollient sur la tumeur.)

Troisième jour, douleurs de ventre, l'abdomen un peu distendu sans dureté, vomissements; la tumeur offre les caractères d'un phlegmon. (Large incision qui donne issue à de la sérosité lactescente.)

Quatrième jour, érysipèle commençant aux environs de la tumeur : ventre dans le même état. (30 sangsues qui coulent abondamment.) Pâleur, pouls petit dans le jour, il se relève dans la nuit.

Cinquième jour, ventre plus douloureux, plus gros et plus dur : l'intérieur de la poche est en pleine suppuration. (Cataplasmes, lavements.)

Sixième jour, les symptômes de la péritonite sont évidents. (Vésicatoires aux cuisses, onctions mercurielles.)

Septième jour, mort dans la soirée.

Les lésions que l'autopsie fit découvrir sont les suivantes : épanchement séro-purulent dans la cavité abdominale; fausses membranes sur les circonvolutions intestinales; rougeur du tissu cellulaire sous-péritonéal.

L'intérieur de la poche est recouvert d'une exsudation albumineuse : une ouverture de communication, parfaitement libre, existe entre cette poche et la cavité péritonéale, derrière le ligament de Falloppe; c'est évidemment le collet d'un sac herniaire non oblitéré. Cette ouverture a deux à trois lignes de diamètre; elle répond à l'anneau crural.

Le sac herniaire renferme la trompe de Falloppe, seule, considérablement hypertrophiée. Nulle adhérence n'existe entre la trompe et l'intérieur du sac, mais le conduit de la trompe est intimement uni à la partie antérieure de la circonférence du collet du sac. C'est entre la partie postérieure de ce conduit et le reste de la circonférence du collet du sac que se trouve l'ouverture qui établit une communication parfaitement libre entre la cavité péritonéale et l'intérieur de la poche qui renfermait la sérosité.

L'ovaire du côté droit occupe sa place ordinaire à l'intérieur du bassin.

Aucun autre viscère n'est contenu dans le sac herniaire.

Le tissu de l'utérus, d'ailleurs sain, est distendu par un énorme corps fibreux.

Cette observation présente plus d'un côté intéressant.

1° La hernie de la trompe seule est une chose excessivement rare. Je n'en ai pas trouvé un seul cas rapporté par les auteurs; ceux qui, en petit nombre, ont rencontré la trompe utérine dans un sac herniaire, y ont trouvé en même temps l'ovaire, et souvent l'utérus; en sorte que le fait qui précède est, je crois, unique dans la science.

2° Lorsqu'un sac herniaire est affecté d'hydropisie et que son col n'est point oblitéré, il est en général facile de faire refluer le liquide dans le ventre. On sent, à chaque ondée qui passe dans le péritoine un frémissement particulier. Cependant on vient de voir que le col était perméable et que nonobstant cette perméabilité les pressions les plus exactes n'ont pu réduire la tumeur. M. le professeur J. Cloquet a noté semblable chose dans son excellent travail sur les hernies, à l'occasion de la hernie inguinale-congénitale. Il a remarqué que dans ces cas le testicule était le premier repoussé vers l'anneau qu'il remplissait en entier; en sorte que le liquide ne pouvait s'échapper de la poche qui le renfermait. Il est bien probable que chez notre malade l'irréductibilité de la tumeur tenait à une cause analogue et que la trompe de Fallope repoussée par le liquide comprimé formait de suite un bouchon au niveau du collet du sac et s'opposait à la rentrée de la sérosité dans le ventre.

3° Le simple poids du liquide pouvait favoriser son passage à travers l'anneau pendant le repos de la nuit et amener ainsi la disparition presque complète de la tumeur, tandis qu'un taxis, même modéré, agissant avec plus d'énergie et transmettant à la trompe, comme à une soupape, une certaine pression par l'intermédiaire du liquide, entraînait l'occlusion de l'ouverture et l'impossibilité de la réduction. Ces considérations nous font comprendre comment on peut concilier les assertions de la malade qui affirmait que la tumeur diminuait par le séjour au lit, et le défaut de succès des tentatives de réduction faites par M. Briquet, par moi et par M. Marjolin.

4° On peut être étonné de voir une péritonite mortelle suivre une simple ponction du sac herniaire. Ce cas, en effet, est excessivement malheureux. P. Pott a écrit qu'il avait souvent fait la ponction dans des cas d'accumulation de sérosité dans le sac herniaire et qu'il n'en était jamais résulté aucune sorte d'accident. Combien de fois, dans le but de guérir une hernie, n'a-t-on pas fait des incisions du sac, produit une inflammation à son

intérieur sans que la phlogose se soit propagée au péritoine?

Nous avons cherché à provoquer une inflammation adhésive dans la poche, et dans ce but des compresses imbibées de liqueurs excitantes ont été appliquées sur le sac; peut-être aussi les longues malaxations de la tumeur pour en reconnaître la nature ont-elles de leur côté contribué à donner à cette inflammation plus d'intensité qu'on n'avait l'intention de le faire.

5° Dans un cas semblable, si l'on voulait obtenir une cure radicale en provoquant l'oblitération de la poche comme on le fait pour l'hydrocèle, devrait-on préférer l'incision du sac dans toute sa longueur à la ponction aidée ou non d'injections ou d'applications topiques irritantes? L'issue malheureuse qu'a eue dans le cas actuel le dernier de ces traitements devrait, je crois, engager le praticien à s'abstenir de ponctions, de sétons, etc.; peut-être qu'une large incision aurait l'avantage de provoquer une inflammation adhésive au niveau du collet du sac, ce qui interromprait toute communication entre sa surface interne et l'intérieur du péritoine; dans tous les cas, en ouvrant aux liquides une large issue à l'extérieur, elle préviendrait sûrement le reflux des matières sécrétées par le sac enflammé dans la cavité abdominale. Du reste, c'est de l'expérience qu'il faut attendre la solution de cette grave question de pratique.

Remarques de M. Dezeimeris.

Si le cas de hernie simple de la trompe utérine observé par M. A. Bérard n'est pas unique en son espèce, c'est du moins un cas excessivement rare. Aussi regretté-je de ne pouvoir en rapprocher une observation de hernie de la trompe, publiée en 1787 dans un journal allemand (*Journal für die Geburtshelfer*) fort rare en France, et que je n'ai pas à ma disposition. Cette observation, qu'on trouve mentionnée dans l'*Anatomie pathologique* de Conradi et dans celle de Voigtel, diffère de celle de M. Bérard en ce que ce n'est point une hernie crurale, mais une hernie qui s'était faite à travers une fissure du vagin. Ceux entre les mains de qui pourra tomber l'ouvrage en question, verront ce qu'il y a d'ailleurs de commun sous le rapport de la marche de la maladie dans les deux cas.

En voici un autre qui a été publié en 1809 par le docteur Voigt (*In Hufeland, Journal der practischen Heilkunde*, n° 3, p. 139) comme un exemple de hernie de la trompe. Quoique l'opinion de l'observateur soit bien explicite à cet égard, et quoique les circonstances de la maladie offrent de frappantes analogies avec celles du cas de M. Bérard, il me paraît pourtant fort probable qu'il y avait hernie de l'appendice cœcale et non pas hernie de la trompe utérine. Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins fort important de rapprocher ces deux faits l'un de l'autre; car pour peu qu'il s'en trouvât quelques autres du même genre que celui de M. Bérard, je ne ferais nulle difficulté de changer d'opinion à l'égard de celui de Voigt; l'unique motif qu'on a d'y voir plutôt une hernie de l'appendice cœcale qu'une hernie tubaire se fondant sur l'excessive rareté de celle-ci. Voici l'observation.

« La femme d'un prédicateur de campagne, âgée de 36 ans, mère de six enfants, d'une bonne constitution, ressentit, à la suite d'un grand pas, le corps étant fortement incliné, dans la région inguinale droite, comme quelque chose qui s'échappait, et une tumeur se former de la grosseur d'une aveline; elle jugea que c'était une hernie, et elle chercha à la faire rentrer, ce à quoi elle réussit. Elle garda le silence sur cet accident, parce qu'il ne laissa nulle douleur à sa suite, et parce que la tumeur put être réduite sans difficulté chaque fois qu'elle reparut de nouveau; elle remarqua néanmoins que depuis elle éprouvait parfois des douleurs passagères dans l'abdomen. Un an plus tard, comme elle voulait enlever un objet assez lourd de dessus une large table, le corps étant fortement penché en avant, la tumeur reparut tout à coup. Elle fit d'inutiles tentatives pour la réduire; la tumeur devint sensible; son volume et les douleurs augmentèrent progressivement, il s'y joignit de la chaleur par tout le corps, de la soif, l'absence des selles, enfin des vomissements.

» Au lieu d'invoquer les vrais secours de l'art, par excès de pudeur on se contenta de prendre les conseils des vieilles femmes, des rebouteurs et des charlatans; les moyens inappropriés auxquels on eut recours, les fortes frictions et les fomentations chaudes qu'on employa aggravèrent extrêmement le mal. Ce ne fut que le dixième jour, dans l'après-midi, quand les douleurs, la chaleur et les angoisses furent parvenues au plus haut degré, que je fus enfin appelé.

» Je trouvai beaucoup de fièvre, une soif violente, le pouls très-plein et fréquent. Je reconnus, dans la région inguinale droite, une tumeur d'environ 6 pouces de long, du volume du bras d'un petit enfant, d'une couleur bleue foncée, extrêmement douloureuse au toucher, et où je reconnus immédiatement de la fluctuation.

» J'ordonnai une saignée; des lavements émollients, des remèdes antiphlogistiques à l'intérieur, et sur la tumeur, un cataplasme émollient avec le lait; le lendemain matin, j'appris que la tumeur s'était ouverte et que la malade se trouvait assez bien. Je me rendis auprès d'elle; je trouvai tous les symptômes fort diminués, seulement il s'écoulait de la tumeur un pus sanieux et très-fétide, et, à mon grand étonnement, je vis un corps tout noir, d'un

demi-pouce de long, et du volume d'une plume à écrire, qui sortait de l'ouverture de la tumeur, et que je ne pus examiner avec tout le soin nécessaire à cause des violentes douleurs que causaient mes recherches.

» J'ordonnai à l'intérieur l'écorce du Pérou, et pour topique des fomentations avec une décoction aqueuse du même remède uni à des herbes vulnéraires, des lavements comme la veille, et j'attendis les suites avec inquiétude. La journée se passa sans accident, bien plus, il y eut un sommeil tranquille, l'appétit se fit sentir, et le lavement amena une évacuation alvine. La sanie qui s'écoulait de la tumeur étant très-âcre et érodant les parties environnantes, je prescrivis des lotions avec l'eau tiède. Le lendemain j'appris que, la veille au soir, la malade en faisant les lotions avait extrait de la plaie le corps noir dont j'ai parlé. Je me rendis auprès d'elle, et elle me montra ce corps. Il était putréfié et d'une odeur insupportable; sa longueur était de quatre pouces; son volume à peu près celui d'une plume à écrire; son tissu était dense, une de ses extrémités était frangée, et il avait un canal par lequel on pouvait faire passer un fil d'archal fin. D'après toutes les circonstances du cas, et selon toute probabilité, *ce corps était une trompe de Falloppe*. Je fis continuer l'usage des mêmes topiques; au bout de quatorze jours, je vis à ma grande satisfaction que la plaie était complétement guérie, la femme était en parfaite santé, et aujourd'hui, après six mois écoulés, elle se porte parfaitement bien. »

Si le cas observé par M. Bérard n'existait pas, on affirmerait hardiment que Voigt s'est trompé et qu'il a pris certainement une appendice cœcale pour une trompe utérine. Aujourd'hui qu'on connaît l'observation de M. Bérard, la prudence veut qu'on dise qu'il est, *non pas certain,* mais *probable* que Voigt s'est mépris, et que, malgré leur ressemblance sous divers rapports, les deux cas observés par ces chirurgiens sont au fond essentiellement différents l'un de l'autre. Je répète que cinq ou six autres cas de hernies tubaires, s'il s'en trouvait, suffiraient pour changer l'opinion à cet égard, et pour ramener à celle adoptée un peu trop légèrement par Voigt.

L'Expérience. — Avril 1839.

De l'effet produit sur le pouls par un changement de position; par William Auguste Guy (1).

Influence du sexe et de l'âge.

Nous donnons ici le résultat des expériences auxquelles s'est livré le docteur Guy dans le but de vérifier jusqu'à quel point l'effet du changement de position sur le pouls est modifié par le sexe et l'âge de la personne.

« 1. Le pouls des femmes bien portantes de 27 ans (âge moyen), quand elles sont dans un état de repos et debout, donne 89 pulsations par minute; sont-elles assises, il en donne 82; sont-elles couchées, il en donne 80. Il y a donc entre la position perpendiculaire et la position d'une personne assise une différence de sept battements; entre la position d'une femme assise et la position horizontale d'une femme couchée la différence de deux battements; et entre la position perpendiculaire et la position horizontale la différence de 9 battements. Toute exception aux règles générales mises de côté, le pouls, dans la position perpendiculaire, donne 91 pulsations; dans celle d'une femme assise, 84; dans celle d'une femme couchée, 80. Différence entre la position perpendiculaire et celle d'une femme assise: 7 battements; entre la position d'une femme assise et celle d'une femme couchée, 4; et entre la position d'une femme debout et de celle d'une femme couchée, 11. Voici les mêmes différences exprimées par des fractions : En comprenant les exceptions 1/13, 1/41, 1/16; en excluant toute exception 1/13, 1/21, 1/8.

» 2. Chez les femmes comme chez les hommes, le résultat extrême est très-éloigné du résultat moyen. Ainsi la plus grande différence dans la vitesse du pouls entre la position perpendiculaire et la position d'une personne assise est de 1/4, et la moindre est de 1/107; la plus grande différence entre la position d'une personne assise et la position horizontale est de 1/9, la moindre est de 1/83, tandis qu'entre la position perpendiculaire et la position horizontale la différence peut être de plus de 1/4, et n'être que de 1/25.

» 3. Voici les exceptions : sur 10 expériences, il y a une exception à la loi générale que le pouls est moins fréquent dans la position assise que dans la position perpendiculaire; sur 5 expériences il y a 2 exceptions à la loi générale que le pouls est moins fréquent dans la position horizontale que dans la position assise; sur 10 expériences il y a une exception à la loi générale que le pouls est moins fréquent dans la position assise que dans la position perpendiculaire. Le nombre total des exemples dans lesquels plusieurs exceptions se font remarquer aux lois générales est de 46 sur 100, ou à peu près une sur deux.

» 4. Chez les femmes comme chez les hommes, l'effet produit par le changement de position augmente à mesure que la vitesse du pouls est plus grande.

» Les propositions suivantes se rapportent aux différences qui existent entre le pouls des hommes et le pouls des femmes :

(1) Cet article, est tiré de *Guy's hospital Reports.*

« 1. Le pouls des femmes adultes excède en vitesse le pouls des hommes adultes du même âge moyen, de 10 à 14 battements. Dans la position droite il est plus fréquent d'environ 1/8 ; dans la position assise d'environ 1/6, et dans la position couchée d'environ 1/9.

» 2. Quoique le pouls d'une femme adulte soit plus fréquent que le pouls d'un homme adulte du même âge moyen, de 1/8 dans la position droite et de 1/5 dans la position couchée, l'effet du changement de la position droite à la position couchée chez l'homme est plus grand de 1/3.

» 3. L'effet du changement de position sur toute vitesse donnée du pouls est bien plus grand chez l'homme que chez la femme, et la disproportion est plus marquée dans la jeunesse que dans l'âge adulte.

» 4. Les exceptions à la règle générale sont plus nombreuses chez la femme que chez l'homme dans la proportion de 4 à 3.

» Les proportions suivantes ont rapport à l'influence de l'âge :

» 1. L'effet du changement de position est moindre chez l'enfant que chez l'adulte, et l'influence modifiante de l'âge est plus grande chez la femme que chez l'homme.

» 2. Les exceptions à la règle générale sont plus nombreuses dans l'enfance que dans l'âge adulte.

» La proposition suivante a rapport aux deux sexes et à tous les âges.

» *Les exceptions à la règle générale sont d'autant plus nombreuses que l'effet du changement de position est moindre.* »

Influence de la période du jour.

Le docteur Guy conclut de ses expériences que l'effet du changement de position est plus grand dans la matinée que dans l'après-dîner ; l'effet du changement de position dans la soirée est un terme moyen entre les deux autres périodes du jour. Et *l'effet produit par le changement de la position sur une même vitesse du pouls dans la matinée, l'après-dîner et dans la soirée est comme sont les uns aux autres les nombres* 8, 9 *et* 10. Quoique la différence ne soit pas si grande qu'elle semblait l'être avant qu'on eût pris en considération la variation dans la vitesse du pouls aux différentes époques du jour, cependant elle ne laisse pas que d'être assez marquée pour mériter de fixer l'attention ; et si elle se trouve confirmée par un plus grand nombre d'observations elle ajoutera à nos connaissances un sujet très-intéressant et très-curieux, savoir les changements diurnes, qui s'opèrent dans les fonctions les plus importantes du corps humain, et même probablement dans toutes.

Expériences avec la planche horizontale.

Le but était d'annuler la contraction musculaire par laquelle s'effectue le changement de position. Le sujet de l'expérience fut solidement attaché à la planche, qui, par sa position, se prêtait à toutes les inclinaisons entre la perpendiculaire et l'horizontale au-dessus et au-dessous d'elle.

« 1. Les personnes que je soumis à l'expérience furent placées dans la position droite, soutenues à des angles de 60°, 45°, et 30°, et placées ensuite dans la position horizontale. On compta avec soin les pulsations du pouls dans chacune de ces positions ; on fit des observations sur 23 personnes, dont quelques-unes étaient des Anglais et les autres de jeunes Allemands. Je demeurais alors à Heidelberg. L'âge moyen des sujets des expériences était 16 ans. Dans la position droite, la fréquence moyenne du pouls était de 89 pulsations ; lorsque le sujet était placé à un angle de 60 degrés, la fréquence moyenne était de 86 pulsations ; lorsqu'il était à un angle de 45 degrés, elle était de 83 pulsations ; à un angle de 30 degrés, de 78 pulsations ; et enfin dans la position horizontale, de 75. Ainsi donc, les différences entre les positions consécutives étaient de 3, 3, 5 et 3. La différence totale était de 14 battements. Ce qui fait à peu près le septième de la vitesse du pouls dans la position droite. La différence entre les résultats de ces expériences et de ceux dans lesquels la position du corps se trouvait changée par l'action de ses propres muscles est, comme nous l'avons déjà observé, de moins d'un battement. La concordance entre les deux espèces d'expériences prouve à l'évidence que l'effet produit sur le pouls par le changement de position n'est pas dû à la contraction musculaire qui change la position. Il doit sans aucun doute être attribué à l'effort musculaire qui soutient le corps.

« 2. Le corps fut placé comme auparavant dans la position horizontale, à des angles de 30°, 45° et la tête en bas. Sur 23 personnes, sur lesquelles on fit l'expérience, 21 furent placées à un angle de 30° et le pouls diminua d'un battement ; sur le même nombre de 23, 18 furent placées à un angle de 45° et leur pouls diminua de 77 à 76 et 1/2 ou d'un demi-battement. Sur 23 personnes, 12 furent placées perpendiculairement, la tête en bas, et le pouls diminua d'un battement et 1/2, à savoir de 78 et 1/2 à 77 : la différence totale entre la position horizontale et la position perpendiculaire la tête en bas, fut donc de 3 battements. Eh bien, cette différence est si peu de chose qu'elle mérite à peine qu'on s'y arrête. Mais quand ensuite on examine plus minutieusement le résultat des expériences, on trouve que ce petit total dans la différence vient du grand nombre d'exceptions à la

règle générale de la décroissance du pouls. Ainsi, en plaçant le corps la tête en bas, à un angle de 30°, on obtint sur 23 personnes 8 exceptions, ou plus de 1/3 où il y eut augmentation de vitesse dans le pouls. Lorsqu'on plaça le corps à un angle de 45° il y eut, sur 18 personnes, 5 exceptions semblables et 5 chez lesquelles le pouls avait la même vitesse que dans la position précédente; et quand on le plaça dans la position perpendiculaire, la tête en bas, sur 12 personnes il y en eut 4 chez lesquelles le pouls augmenta de vitesse, et 2 chez lesquelles le pouls conserva la même vitesse que quand le corps était placé à un angle de 45°. Nous avons déjà vu que même dans la transition de la position droite à la position horizontale, les exceptions à la règle générale étaient nombreuses; et l'on devait s'attendre à ce qu'elles le fussent également dans les diverses positions où le sujet avait la tête en bas, toutes conditions égales d'ailleurs. Mais d'autres causes étaient en jeu, au nombre desquelles la peur ne jouait pas le rôle le moins important. La nouveauté même de la position était pour la plupart des sujets de l'expérience un motif de crainte, tandis que chez beaucoup d'autres l'impression produite par cette position était trop grande pour ne pas être accompagnée de quelque inquiétude.

» En excluant toute exception à la règle générale, la décroissance moyenne du pouls était de 5 battements, lorsque le corps était placé la tête en bas à un angle de 30°; elle était de 3, à un angle de 45°, et de 5 battements dans la position entièrement perpendiculaire, la tête en bas. Si, afin d'être plus exact, nous prenons les cas dans lesquels il y avait sans exception une décroissance dans toutes les positions où le sujet avait la tête en bas, nous trouvons qu'à un angle de 30° la décroissance du pouls était de 5 battements, qu'elle était d'un battement à un angle de 45° et de 7 dans la position tout à fait perpendiculaire toujours la tête en bas. Il n'y eut que deux exemples dans lesquels la décroissance fut continue, sans aucune exception à la règle générale; et ce fut chez deux frères qui s'étaient depuis longtemps habitués à se tenir debout sur la tête. Chez eux la différence entre la position droite et les positions où ils avaient la tête en bas fut de 30 battements. La différence moyenne entre la position droite et la position horizontale fut de 15 battements, et la différence entre la position horizontale et la position perpendiculaire, la tête en bas, fut de 15 aussi. Lorsqu'ils étaient inclinés la tête en bas à un angle de 30°, la décroissance moyenne était de 6 battements et 1/2; elle était de 1 et 1/2, lorsqu'ils étaient inclinés à un angle de 45°, et de 7 battements lorsqu'ils étaient dans la position perpendiculaire, la tête en bas.»

En somme on ne peut douter que dans les positions où le sujet a la tête en bas il n'y ait tendance naturelle à ce que la vitesse du pouls soit diminuée.

Le docteur Guy paraît avoir fait preuve, dans ses expériences, de zèle et d'intelligence.

VARIÉTÉS.

—

Recherches chimiques et cliniques sur un nouveau médicament appelé monésia.

C'est un événement grave que l'apparition d'un nouveau moyen thérapeutique. Autant il faut de circonspection pour se préserver de l'engouement auquel se laissent facilement aller l'ignorance et la crédulité, autant il faut user de défiance à l'égard des suggestions de l'industrie, exploitatrice de toutes les nouveautés; autant, aussi, convient-il de se montrer réservé dans ses conclusions, pour ne pas frapper de réprobation absolue et définitive un agent qui peut révéler des vertus spéciales qu'un heureux hasard pourra mettre en évidence. C'est le hasard, en effet, qui révéla, dit-on, les vertus spécifiques du quinquina, par exemple, tandis qu'à première vue, ce médicament eût pu être considéré comme un modificateur de même nature que tous les amers. Cependant les déceptions en fait de remèdes nouveaux sont si fréquentes, et les spécifiques avérés sont si rares, qu'on ne court pas grand risque de se montrer d'abord incrédule, sauf à se rendre ensuite à l'évidence des faits bien et dûment interprétés.

En décembre 1838, M. le docteur Laurand me transmit, de la part de M. Bernard Derosne, pharmacien de Paris, diverses compositions d'une écorce, provenant, dit-on, d'un arbre du Brésil, écorce non usitée encore en médecine, et que ce pharmacien désigne sous le nom de *monésia*. Cette écorce paraît provenir d'un arbre assez volumineux, elle est épaisse, dure, de couleur rouge brun foncé, présentant une cassure nette; sa saveur est à la fois astringente et sucrée.

Avec un fragment de cette écorce, je reçus :

1° Un extrait en poudre;

2° Un sirop contenant huit grains d'extrait par once;

3° Une teinture alcoolique contenant trente-deux grains d'extrait par once;

4° Une pommade contenant un gros d'extrait, par sept gros d'axonge.

On m'annonçait ces compositions comme toniques astringentes, n'exerçant aucune irritation sur les tissus, et produisant d'excellents effets dans les flux muqueux et sanguins, passifs et même actifs, dans la

chlorose, dans les plaies et ulcères atoniques, etc., dans tous les cas enfin où il convient d'employer les toniques astringents, avec cette différence que la substance actuelle agissait sans provoquer d'excitation.

On me priait de l'expérimenter à ma clinique.

Plein de défiance à l'égard des remèdes nouveaux, répugnant à prêter l'autorité de mon nom, quelque minime qu'elle soit, à des spéculations mercantiles, comme on en voit tous les jours, convaincu d'ailleurs de ce principe, que le médecin ne doit mettre en usage, autant que possible, que des substances dont il connaît la source et la composition, je commençai par chercher quel était l'arbre qui fournissait cette écorce, mais je ne trouvai personne qui pût me satisfaire sur ce point. Puis je m'adressai à mon savant collègue M. Persoz, professeur de l'Académie des Sciences, pour avoir l'analyse de mon écorce. Cette analyse fut confiée à M. Heydenreich, pharmacien habile, qui voulut bien se mettre à l'œuvre, et qui m'a communiqué la note suivante, que je transcris textuellement :

« Cette écorce m'a donné, par macération, un quart d'extrait ; par décoction, cinq seizièmes.

« Ces deux produits avaient la saveur douce et astringente de l'écorce elle-même, seulement à un degré plus intense. L'eau froide les réduisait complétement ; l'alcool n'en dissolvait qu'une partie, et l'éther presque rien.

« Le résidu de l'écorce, insoluble dans l'eau bouillante, n'a plus abandonné qu'un quarantième à l'alcool bouillant, et rien à l'éther. L'extrait alcoolique était en partie soluble dans l'eau froide, une autre partie se dissolvait dans l'eau bouillante, et il ne restait qu'une quantité presque inappréciable de résidu résineux. Ce qui se dissolvait dans l'eau était de même nature que l'extrait obtenu directement par l'eau.

« L'écorce extraite d'abord par l'eau à froid, et ensuite à plus de soixante degrés, a été reprise par de l'eau bouillante à laquelle elle a abandonné un peu d'amidon appréciable par l'iode.

« Le résidu ligneux qui composait les cinq huitièmes de l'écorce, réduit en cendres, a indiqué la présence de l'acide carbonique, de l'acide sulfurique, de l'acide chlorhydrique, de beaucoup de chaux, de potasse, d'un peu de fer, de silice.

« L'extrait lui-même est composé de :

Tannin bleuissant le fer. . . .	52
Gomme ou mucilage.	10
Matière douce.	36
Perte.	2
	sur 100 parties.

« Cette matière douce n'est pas précipitable par l'acide sulfurique comme la glycirrhizine ; l'acétate plombique ne la précipite pas non plus ; mêlée à de la levûre, elle n'entre pas en fermentation : ce n'est donc pas non plus du sucre. Cela paraît être une matière douce, d'une nature particulière, qui mériterait des recherches ultérieures. »

Cette analyse ne fait que confirmer les présomptions déduites de l'aspect et de la saveur du monésia. C'est une substance astringente, mitigée par le mucilage et la matière sucrée ; mais, après tout, comme l'analyse chimique est loin de donner toujours le dernier mot des propriétés réelles des médicaments, nous en sommes venus à l'expérimentation clinique.

Pour moi, les flux muqueux et sanguins, purement atoniques, sont assez rares ; pendant que j'expérimentais le monésia, je n'en ai même pas rencontré qui méritassent réellement ce titre. D'autre part, et quelles que fussent ses propriétés occultes, je me serais fait scrupule d'appliquer cette substance à des flux actifs, inflammatoires, aigus en un mot ; de sorte que mes expériences sont très-peu nombreuses, les voici :

Obs. I. — Un homme de cinquante ans, affecté d'anasarque chronique consécutive à une fièvre intermittente prolongée. — Traitement par les drastiques (pilules de Bontius). — Diarrhée abondante qui résiste pendant plusieurs jours à la suppression des pilules, aux tisanes, lavements, cataplasmes émollients et anodins.

Le 8 décembre 1838, dix à douze selles liquides, séro-muqueuses, sans coliques ni ténesme, abdomen insensible à la pression. Tisane de riz édulcorée avec sirop de monésia, deux onces.

Le 9, les selles sont réduites à six, mais elles sont presque involontaires : riz ; sirop de monésia ; pilules d'extrait de monésia, quatre, de quatre grains chacune.

Le 10, quatre selles : *ut suprà*.

Le 11, trois selles, toujours sans douleur ; frissons suivis de chaleur dans la journée.

Le 12, le malade a eu douze selles, l'abdomen est tendu. Nous insistons pourtant sur les moyens ci-dessus.

Le 13, douze à quinze selles involontaires, météorisme, affaissement des forces.

Nous suspendons le monésia, et nous revenons à l'opium. Les jours suivants, les selles deviennent moins nombreuses, au point qu'elles cessent le 20 décembre, et que le malade reste constipé pendant trois jours.

La suite de la maladie est sans intérêt actuel ; disons pourtant que le malade a fini par succomber à son hydropisie, le 24 janvier 1839, et que l'autopsie a révélé une altération de foie et de légères rougeurs disséminées dans le gros intestin.

Eh bien ! dans ce cas, les effets du monésia ont été ceux de tous les autres astringents : diminution de la diarrhée pendant quelques jours, par le fait de

l'astriction exercée sur les surfaces muqueuses; mais bientôt retour et augmentation de la diarrhée, par le seul fait de la réaction qui suit l'emploi des astringents dans les affections irritatives. Ce seul fait aurait suffi pour nous convaincre que le monésia n'est qu'un astringent comme un autre.

Obs. II. — Femme de quarante ans. — Entérite folliculeuse typhoïde, forme lente-nerveuse; deux mois de durée. — Convalescence pénible : alternatives de diarrhée et de constipation.

Le 29 décembre 1838, la malade est prise de diarrhée séreuse qui continue les jours suivants, malgré les émollients.

Le 31, eau de riz avec sirop de monésia, deux onces.

Le 1er janvier 1839, la diarrhée a cessé : *ut suprà.*

Comme nous redoutons la constipation presque autant que la diarrhée, nous cessons le monésia le lendemain.

Nous pensons que le remède n'a pas été sans influence sur la cessation prompte de cette diarrhée, nous tenions trop à ménager cette malade, si péniblement conduite à guérison, pour essayer si le remède continué eût produit le retour de la diarrhée, comme dans le cas précédent; du reste, nous employons volontiers les astringents dans les cas de ce genre, mais à Dieu ne plaise que nous en usions dans la période aiguë de l'affection typhoïde, fût-ce même du monésia.

Obs. III. — Un homme de vingt-sept ans. — Phthisie au troisième degré (cavernes, diarrhée, fièvre hectique), épuisant le malade, malgré l'acide hydrocyanique à haute dose (quarante gouttes).

Le 9 janvier 1839, hémorrhagie intestinale abondante pendant la nuit; le matin, selles diarrhéiques encore sanguinolentes, anémie, ventre indolent : Potion avec élixir acide de Haller, quinze gouttes; tisane de riz.

Le 10, plusieurs selles noirâtres (colorées par du sang); tisane de riz avec extrait de monésia, demi-gros.

Le 11, toujours plusieurs selles noirâtres : *ut suprà.*

Le 12, même état : *ut suprà;* plus, lavement avec extrait de monésia, un gros.

Le 13, selles non-sanguinolentes, mais toujours nombreuses : *ut suprà.*

Le 14, selles très-nombreuses, involontaires; même traitement (tisane et lavements avec monésia).

Le malade s'affaisse rapidement et succombe le 16, avec du délire et des selles involontaires.

A l'autopsie : cavernes pulmonaires; intestins parsemés d'ulcérations nombreuses et profondes.

Ici, le monésia ne nous paraît pas avoir produit d'effet sensible. L'hémorrhagie a cessé pendant son administration, il est vrai, mais elle était déjà calmée quand on a commencé l'emploi du remède, et il est assez probable qu'elle eût cessé sans lui. Quant à la diarrhée, elle a pris de l'accroissement pendant l'administration du monésia, ce dont je ne veux pas accuser celui-ci; mais cela prouve du moins que son action fut impuissante, quant à la diarrhée.

Obs. IV. — Femme de trente ans. — Phthisie au deuxième degré. — Hémoptysie légère, combattue par une saignée, une application de ventouses scarifiées au thorax, et des dérivatifs. Le crachement de sang diminue graduellement pendant trois jours.

Le 25 février 1839, l'hémoptysie est réduite à une légère coloration rosée, des crachats qui sont séreux, peu abondants, sans toux fatigante, ni douleur pectorale, ni fièvre. Nous tentons de supprimer définitivement l'hémoptysie au moyen du monésia, dont nous donnons un scrupule d'extrait, dans une potion gommée.

Le 26, crachats colorés, sensation de sécheresse et de chaleur au thorax : *ut suprà.*

Le 27, crachats plus sanguinolents, dypsnée, mouvement fébrile. Nous supprimons le monésia : ventouses scarifiées au thorax, looch simple, pédiluve sinapisé.

Le 28, crachats presque incolores, respiration plus libre, sans chaleur ni fièvre; émollients.

Sans attribuer beaucoup d'influence à un scrupule d'extrait de monésia, il est manifeste, pourtant, qu'au lieu de se dissiper les accidents se sont aggravés pendant son administration. C'est du reste ce qui s'observe fréquemment à la suite de l'emploi des astringents dans l'hémoptysie qui accompagne les deux premiers degrés de l'affection tuberculeuse des poumons; si le crachement de sang est diminué, ce n'est trop souvent qu'aux dépens de l'état général et du bien-être du malade, qui sent augmenter l'oppression, la toux, la chaleur, la fièvre, etc.

Obs. V. — Femme de quarante-cinq ans. — Catarrhe chronique. Emplâtre stibié sur le sternum, ayant déterminé des ulcérations larges, rebelles, végétantes.

En décembre 1838, pansement des ulcérations avec la pommade d'extrait de monésia. Les jours suivants, les surfaces ulcérées se dessèchent, deviennent moins blafardes, les végétations diminuent, se rétractent, en quelque sorte, et la cicatrisation s'opère en quelques jours, sans l'emploi d'autres moyens.

Ici les propriétés astringentes du monésia sont rendues sensibles à l'œil; il a manifestement hâté la guérison; mais nous sommes convaincus que le même résultat se fût produit par l'emploi de tout autre astringent, de l'acétate de plomb, par exemple, ou mieux encore par les cautérisations avec le nitrate d'argent, qui eût réprimé plus rapidement les végétations celluleuses.

A cela se réduisent nos expériences, qu'on trouvera trop peu nombreuses, sans doute; mais nous les trouvons, nous, assez expressives pour penser qu'il nous est permis, d'après les données précédentes, de for-

muler notre opinion sur le monésia. Voici nos conclusions :

1° Les caractères physiques et chimiques du monésia constatent, *à priori*, ses propriétés astringentes.

2° Le monésia est un astringent comme un autre, sauf les proportions de mucilage et de matière douce qui mitigent et affaiblissent, par conséquent, son action.

3° L'application clinique confirme les données précédentes, le monésia se comportant comme les autres astringents, révélant les mêmes avantages et les mêmes inconvénients.

4° Rien ne décèle dans le monésia des propriétés qui lui soient particulières, des vertus spécifiques : c'est, nous le répétons, un tonique astringent comme le cachou, le ratanhia, et tous les médicaments du même genre, sauf la plus grande proportion de matières douces qu'il contient, et qui peuvent très-bien être ajoutées par l'art aux agents plus actifs ci-dessus, comme on le fait d'ailleurs journellement.

5° L'introduction du monésia dans la thérapeutique fournira un utile succédané aux toniques astringents déjà connus, un agent de plus pour la médication tonique astringente et rien de plus, du moins quant aux affections dans lesquelles on en recommande l'emploi, et auxquelles nous l'avons appliqué.

FORGET.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Avril 1839.

Moyen de prévenir les eschares au sacrum dans les fièvres ou affections graves.

Ce moyen employé avec un grand succès par M. le docteur Mac Cormack, dans une épidémie de fièvre typhoïde (comté de Tippérary), consiste dans l'emploi d'un vernis composé de camphre, de chaux (spirits of lime) et de cire, qu'on applique par couches, ayant soin de laisser sécher chaque couche avant d'appliquer la suivante. En appliquant successivement cinq ou six couches, on forme un épiderme artificiel qui prévient toujours l'extension de l'inflammation.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — Fév. 1839.

PRISON DE LA CONCIERGERIE. — *Empoisonnement de Soufflard*, par M. C. JAMES, interne à l'Hôtel-Dieu, rédacteur des leçons de physiologie de M. Magendie, etc.

L'observation que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie a été rédigée par moi d'après mes notes recueillies à la Conciergerie, dans le cachot même de Soufflard. J'écrivais tout, jusqu'aux moindres particularités : aussi n'ai-je pas eu besoin d'interroger mes souvenirs.

Mardi, 19 mars, à 10 heures du soir, j'étais à l'Hôtel-Dieu, lorsqu'un gardien de la prison vint chercher l'interne de garde ; je partis immédiatement, et au bout de quelques instants j'arrivai près de Soufflard.

Je le trouvai assis sur une chaise, les bras et les mains emprisonnés par la camisole de force, les traits horriblement altérés ; il vomissait. Sa longue barbe, ses vêtements, toute sa personne, étaient souillés par des matières blanchâtres, au milieu desquelles on reconnaissait du lait caillé et des débris d'aliments. — Il ne me vit pas entrer. L'un des gardiens lui dit : « Soufflard, voici le médecin ; dites-lui avec quoi vous vous êtes empoisonné. » A ces mots il dressa vivement la tête, me regarda fixement d'un air de désappointement, et ne répondit pas. Je réitérai la même question ; même silence. On m'apprit alors qu'au sortir de l'audience il avait demandé de l'eau, en avait bu plus d'une pinte, et que, ramené dans son cachot, il s'était mis à vomir. C'est à ce moment qu'on m'envoya chercher.

On n'avait aucun renseignement sur la nature du poison qu'on le soupçonnait d'avoir pris. Seulement un gardien avait extrait, avec le doigt, de la bouche de Soufflard, une matière blanchâtre, semblable à du tartre, placée entre la lèvre inférieure et la gencive. Malheureusement cette matière n'avait pas été conservée. Je ne pus en retrouver de traces dans la cavité buccale.

Je constatai toutefois que la lèvre inférieure avait été fortement cautérisée, car sa membrane muqueuse était blanche, fendillée, et le moindre attouchement y provoquait une excessive douleur.

En cherchant avec les doigts dans le vase où étaient les produits du vomissement, je sentis deux petits graviers que je retirai pour les examiner. Leur couleur était d'un blanc sale ; ils me parurent amorphes. J'en mis un sur ma langue, et j'y trouvai une saveur douceâtre d'abord, puis fortement styptique. L'autre, placé sur un charbon allumé, se volatilisa en répandant des vapeurs épaisses qui exhalaient une odeur d'ail très-prononcée. Je dis alors à Soufflard : « Malheureux ! vous vous êtes empoisonné avec de l'arsenic ! — Oui, répondit-il avec sa forte voix qu'il grossissait encore, vous dites vrai. J'ai avalé de quoi tuer six hommes : mon affaire est sûre, je le sens. »

Je prescrivis aussitôt un grain d'émétique dans un verre d'eau, afin de faire rendre le lait qu'on avait administré, et d'évacuer les portions d'arsenic qui se trouvaient encore dans le canal digestif. Le malade vomit abondamment. On lui fit boire de l'eau

tiède pendant que je courais à l'Hôtel-Dieu chercher de l'hydrate de tritoxide de fer. J'en trouvai un bocal à la pharmacie, et je me hâtai de l'apporter à la prison.

Revenu près de Soufflard, mon premier soin fut de lui faire ôter la camisole. Il se mit alors la tête dans ses mains, et s'écria : *Innocent! Innocent!* — Je lui présentai un verre d'eau froide dans laquelle j'avais agité une cuillerée d'oxyde de fer, autant que le véhicule pouvait en tenir en suspension. Il l'avala d'un seul trait, et le vomit presque immédiatement. Il poussait des cris bruyants, sans articuler de paroles intelligibles. Je lui pris la main pour explorer le pouls; je pus à peine sentir les pulsations de l'artère radiale; elles étaient petites, concentrées, irrégulières. La peau avait le froid du marbre; une sueur visqueuse la couvrait, surtout vers le front et les tempes. De temps en temps, le malade roidissait les membres, les maintenait fortement étendus pendant quelques instants, puis les laissait retomber dans un état complet de résolution. C'est alors que les vomissements reparaissaient avec une nouvelle énergie. Ils étaient constitués par du lait caillé et la boisson que je lui faisais prendre.

Toutes les cinq minutes, Soufflard buvait une tasse d'eau ferrée, puis il restait calme quelques secondes. — Interrogé par moi sur le siége des douleurs qu'il éprouvait, il me dit en montrant son estomac : « C'est là que je suis brûlé. Oh! que c'est atroce! »

Il était onze heures et demie. Le malade pouvait avoir pris la valeur de six onces d'oxyde de fer. Son état paraissait plus satisfaisant. Tout à coup il se lève, claque des dents, contracte les muscles de sa face avec d'effroyables contorsions, et s'écrie : « J'ai froid, je n'en peux plus. » — Il tremblait comme au début d'une fièvre intermittente. Cependant on avait mis un poêle dans le cachot, et la température de l'air environnant était plutôt élevée que basse.

J'ordonne qu'on lui enlève ses vêtements et qu'on lui prépare son lit, ce qui est fait à l'instant. Pendant que, debout, il se prêtait à ce qu'on le déshabillât, des matières semi-fluides s'échappent en quantité de l'orifice inférieur du rectum. Je ne peux mieux comparer leur sortie spontanée qu'au jet formé par un liquide qui s'élance par le robinet qu'on vient d'ouvrir; il en a rendu de quoi remplir un bassin. Blanches d'abord comme le lait qu'il avait vomi, elles sont ensuite jaunâtres, et paraissent n'être autre chose que la boisson dont il fait usage.

On le couche dans son lit que je n'avais pu faire chauffer, faute d'appareils convenables; comme il ne se trouvait qu'une couverture, je fais mettre un matelas par-dessus. Soufflard reste calme quelques instants. Sa respiration est plaintive et précipitée, sa peau glacée, sa figure affreusement pâle. Je cherche en vain à lui tâter le pouls : il m'est impossible de percevoir le moindre frémissement de l'artère. J'applique la main sur la région précordiale, pas le plus léger battement. Je me baisse comme pour approcher l'oreille de sa poitrine, mais il me repousse d'un air sombre, et j'avoue que je ne crus pas prudent d'insister (1).

Depuis huit minutes les vomissements n'ont pas reparu, bien que le malade ait bu plusieurs fois de la même potion. Mais à minuit ils éclatent de nouveau. Des flots de matières jaunâtres, mêlées à des caillots de lait, sont rejetés de l'estomac. On aurait entendu les cris de Soufflard à une assez grande distance, et je ne puis mieux comparer leur timbre qu'aux rugissements d'une bête féroce. Couché tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche, il changeait de posture avec une vivacité de mouvements que je ne pourrais dépeindre. Par instants il restait étendu sur le dos, les talons rapprochés des tubérosités sciatiques, les genoux élevés en l'air et écartés l'un de l'autre. Puis, par une sorte de culbute, il pirouettait sur lui-même, et reprenait une autre attitude.

A minuit un quart, il s'écrie : « Ma mère, ma pauvre mère! Innocent! » puis il murmure à voix basse des paroles confuses, comme si son imagination était préoccupée d'images sinistres.

Il répond avec justesse, mais sèchement, à toutes les questions. Quand on lui demande qui lui a donné le poison : « C'est mon secret, dit-il, personne ne me l'arrachera. »

Cependant les vomissements se répétaient de cinq minutes en cinq minutes, par crises entre lesquelles il y avait quelques moments de calme. Comme la peau était restée glacée, je fis mettre des bouteilles d'eau chaude le long des avant-bras, des cuisses, des mollets et à la plante des pieds.

A minuit trente-cinq minutes, Soufflard, qui jusque-là n'avait accusé de douleurs que vers l'estomac, presse la main droite sur l'ombilic, et élevant la gauche vers moi : « Mon Dieu! s'écrie-t-il, on me brûle les intestins. » Le ventre cependant était souple, non météorisé. Je craignis un instant qu'il ne se fût fait une perforation intestinale, mais peu à peu les souffrances se calmèrent, et elles ne reparurent ensuite que sous forme de tranchées, à d'assez longs intervalles.

Il est une heure moins un quart. Je n'ai pu réchauffer le malade dont la figure, les mains et les pieds ont pris une teinte bleuâtre. Le pouls ne bat plus. Je continue à préparer la boisson ferrée que Soufflard prend avec avidité, tourmenté qu'il est par

(1) Je venais de voir Lesage, et je me rappelais sa mutilation. On sait qu'un Bédouin lui avait arraché avec les dents une oreille au bagne.

une soif ardente ; j'y ajoute quelques gouttes de laudanum et d'eau de fleur d'oranger par tasse : les vomissements semblent un peu diminuer. Les mots : j'ai soif ! à boire ! sont les seuls qu'il prononce. Sa voix est lugubre, mal articulée, car il ne peut rapprocher les lèvres, l'inférieure étant cautérisée, pendante, renversée en dehors et excessivement douloureuse.

A une heure du matin, j'écris à M. l'aumônier de la Conciergerie pour l'informer de l'état de Soufflard.

A une heure cinq minutes, Soufflard se plaint du besoin d'uriner qu'il dit ne pouvoir satisfaire. Je palpe la région hypogastrique : la vessie ne paraît pas distendue. Cependant les plaintes continuent. Je pratique à l'instant le cathétérisme ; mais la sonde ne donne issue qu'à quelques cuillerées d'urine assez claire. Le malade se prête sans difficulté à cette opération.

A une heure un quart, arrive M. l'abbé Montès, aumônier de la prison. Je le laisse seul avec le malade.

Comme je sortais du cachot, je rencontre M. le docteur Bonnet, médecin ordinaire de la maison, que j'avais envoyé prévenir. Nous rentrâmes ensemble près de Soufflard, et, après l'avoir soumis à un minutieux examen, nous nous retirâmes pour nous concerter sur le traitement ultérieur qu'il fallait suivre. M. l'aumônier reste seul avec Soufflard.

Informé de ce que j'ai prescrit, M. Bonnet approuve tout généralement. — Dans l'espoir de ranimer un peu le pouls et de calmer les souffrances du malade, nous faisons une potion avec l'eau de menthe, l'extrait de quinquina, l'éther, le sirop d'opium, les seules substances convenables que nous trouvons à la pharmacie de la prison. Nous mettons les doses à peu près, n'ayant rien pour les mesurer.

A deux heures moins dix minutes, M. l'aumônier nous fait prier de redescendre. Il nous dit avoir trouvé les facultés intellectuelles de Soufflard parfaitement intactes. Quel a été le résultat de cet entretien ? Je l'ignore. Seulement je remarquai qu'à notre retour le malade était plus calme ; nous crûmes même qu'il sommeillait.

Cependant, bientôt les vomissements reparurent. Je lui fis prendre par cuillerée la potion que nous avions préparée ; mais à peine elle avait touché l'estomac, qu'elle était rejetée au milieu d'affreuses contorsions.

Il est deux heures et demie. Le pouls ne s'est pas relevé ; on ne le perçoit même pas. — Froid glacial de toute la surface du corps, bien que la chaleur du cachot soit entretenue par un poêle où l'on fait un grand feu. — Je demande à Soufflard comment il se trouve : « Mieux, répond-il, je sens que ça produit son effet, » et il accompagne ces mots, je ne dirai pas d'un sourire, mais d'une contorsion affreuse du visage qui exprime son contentement de voir la mort approcher.

De trois à quatre heures du matin, l'état du malade ne change pas. Même agitation, même absence de chaleur animale, mêmes vomissements. Il ne souffre ni à la tête, ni au cœur, ni dans les membres ; la douleur, et elle est atroce et continue, est concentrée tout entière vers l'estomac. — Tranchées abdominales fréquentes.

A quatre heures nous lui mettons des sinapismes aux extrémités, afin de réveiller la température et la circulation : mais tout est inutile. Le cœur ne fonctionne plus, ou du moins ses contractions ne se réveillent ni par le choc du pouls, ni par les battements de la région précordiale (1).

Nous remarquons que le malade porte sans cesse ses mains sur l'épigastre, et se gratte la peau avec ses ongles, comme s'il éprouvait une démangeaison superficielle en ce point. Ce n'est point de la carphologie.

Vers cinq heures Soufflard s'écrie à plusieurs reprises, en se tordant dans son lit : J'étouffe !..... Par moments il lance avec ses pieds et ses mains ses couvertures à une assez grande distance, et, ouvrant la bouche largement, comme pour aspirer l'air qui lui échappe, il reste ainsi plusieurs secondes dans une effrayante immobilité.

A dater de ce moment la gêne de la respiration fut le phénomène prédominant. — Il demande de l'eau fraîche, on lui en donne ; des fruits rafraîchissants, M. Bonnet lui envoie chercher un citron qu'il suce par tranches avec avidité.

Entre six et sept heures, la déglutition commence à devenir difficile. Les boissons, en tombant dans l'arrière-gorge, font entendre un gargouillement de mauvais augure. Comme il paraît dégoûté de sa tisane ferrée, nous la remplaçons par de l'eau sucrée, avec un peu de vin d'opium (2).

Cependant il se plaint de ses sinapismes : nous les retirons. La peau n'est ni rouge, ni chaude, ni tuméfiée dans les points où ils ont été appliqués. Leur effet s'est borné à une simple exaltation de la sensibilité.

A sept heures et demie, un des gardiens l'a en-

---

(1) Vers quatre heures du matin, me sentant brisé de fatigue, je fis mettre des draps blancs à un lit voisin du cachot de Soufflard, et je m'y jetai tout habillé. Par une circonstance assez bizarre, le lit sur lequel je prenais quelques instants de repos, était celui qui avait servi à Fieschi. C'était le même matelas, la même couche ; c'était aussi le même cachot. — Pendant ce temps-là, M. Bonnet écrivait sur mon registre, afin qu'il n'y eût aucune lacune dans mes notes.

(2) Soufflard a pris la valeur de dix-huit à vingt onces d'hydrate de peroxyde de fer.

tendu s'écrier : « Mère de Dieu, en grâce, soulagez-moi ! » — Je n'oublierai de ma vie le spectacle épouvantable de ce criminel haletant, se roulant comme un forcené, puis redevenant immobile, criant sans cesse, rejetant par la bouche et les narines des matières qui le brûlaient, et, au milieu de tout cela, conservant la netteté de ses idées et toute la vigueur de son système musculaire.

Depuis qu'il était couché, il n'avait pas eu de déjections alvines : ce n'est que vers huit heures qu'il a sali ses draps avec des matières semblables à celles qui s'échappaient par la bouche. Il n'a point rendu d'urine ni volontairement ni involontairement ; je m'en suis assuré.

Les parois abdominales étaient fortement contractées et rapprochées de la colonne vertébrale. On sentait les muscles droits tendus comme dans la colique de plomb. Le palper n'était pas très-douloureux, excepté vers le creux de l'estomac, ce dont on était averti par la manière un peu brutale avec laquelle Soufflard repoussait les mains. — Nous lui fîmes quelques frictions sur le ventre avec un liniment composé de baume tranquille, huile d'amandes douces et laudanum. Il ne fut pas soulagé.

Toute la surface tégumenteuse était bleuâtre, violacée. — La respiration devenait de plus en plus difficile. L'anxiété du malade allait toujours croissant. « Tuez-moi, répétait-il, ou donnez-moi quelque chose qui me soulage. » — Il prononçait souvent le nom de sa mère. Nous l'entendîmes s'écrier : « Mon Dieu ! quand cesserez-vous donc de me faire souffrir. »

Vers neuf heures tous les symptômes de l'asphyxie se déclarent au plus haut degré. Soufflard est plus calme ; mais ce calme est celui qui précède la mort.

A dix heures, tout annonce une fin prochaine, et pourtant le malade n'a rien perdu de son énergie morale et physique. Je m'entretiens avec lui de son état. C'est à dix heures et demie qu'il me donne des détails sur son empoisonnement. J'apprends de lui qu'il a pris trois gros d'arsenic, et qu'il n'a demandé de l'eau que pour entraîner la portion de poison que sa salive n'avait pu délayer. Un gardien profitant de cette occasion pour lui demander de quelle manière il s'était procuré de l'arsenic : « Vous êtes bien curieux, lui a-t-il répondu, je ne dis que ce que je veux, et vous ne saurez rien. »

Enfin les bronches se sont engorgées. La poitrine ne se dilatait plus que par intervalles ; il s'est mis à râler.

C'est à onze heures cinq minutes que Soufflard est mort. Il n'a eu, dans ses derniers moments, ni convulsions, ni symptômes cérébraux, ni aucun désordre vers le système nerveux. Il s'est éteint en se roidissant tous les muscles et grinçant des dents : c'est à la détente générale et subite de tout son corps, qu'on a reconnu qu'il avait cessé de vivre (1).

Je demande maintenant à l'Académie la permission de résumer, en quelques mots, les principaux phénomènes présentés par chaque appareil. Ainsi dépouillée de ses circonstances accessoires, cette observation n'aura plus alors qu'un caractère exclusivement médical.

Appareil respiratoire. — Gêne de la respiration toujours croissante et aboutissant à l'asphyxie. Le malade ne tousse et n'expectore que dans les efforts de vomissement. Crachottement continuel de salive et de mucosités gutturales ; point de douleurs vers la plèvre ni les parois thoraciques. — Je n'ai pu ausculter, encore moins percuter.

Appareil circulatoire. — C'est par la concentration du pouls, et l'affaiblissement des contractions du cœur, que la scène a ouvert. A onze heures et demie, tout mouvement circulatoire paraît suspendu. Depuis cet instant jusqu'au moment de la mort, je n'ai plus senti de pouls ni de battements du cœur. Il n'y a point eu de cardialgie, point de syncope, point de palpitations. J'interroge et j'examine à tout instant le malade ; il n'a pas témoigné de souffrances vers le cœur pendant toute la durée de sa cruelle agonie.

La circulation capillaire ne se faisait plus. En appuyant le doigt sur un point de la peau, on déterminait une empreinte blanchâtre, puis la teinte bleue se reproduisait, mais avec lenteur, comme si le sang n'eût repris sa place que pour se remettre en équilibre dans ses vaisseaux. Je n'ai pas aperçu d'ecchymose ni d'éruptions pétéchiales.

Les veines, surtout les jugulaires, étaient dilatées ; ce qui donnait à toute la peau un aspect violacé.

Il n'y a pas eu d'apparence de réaction. Tout le corps était glacé ; la chaleur n'y est pas revenue un instant. La température des téguments s'échauffait un peu dans les parties où étaient appliquées des bouteilles chaudes ; mais c'était par la transmission directe du calorique, car, après qu'on avait retiré ces bouteilles, on ne retrouvait plus qu'un froid glacial.

Appareil digestif. — C'est vers l'estomac que toutes les souffrances étaient concentrées. Le malade y portait continuellement les mains, exprimant par ses cris qu'il ressentait des douleurs horribles. Retour fréquent de coliques atroces. Le malade n'a eu que quelques instants de relâche dans ses vomisse-

(1) M. Orfila a déclaré devant un nombreux auditoire qui se pressait à son cours, qu'il était impossible de sauver Soufflard, et que, appelé à ma place, il n'eût pas agi autrement que je ne l'avais fait ; cependant il aurait en outre tenté la saignée, si toutefois elle était praticable.

ments. Je n'ai point aperçu de sang dans les matières rejetées de l'estomac et du rectum.

Soufflard se plaignait d'un goût affreux dans la bouche et l'arrière-gorge; la langue était tuméfiée et grisâtre.

Système nerveux. — L'intelligence n'a pas été pervertie une seconde. Au début, au milieu, à la fin, les réponses de Soufflard étaient parfaitement calculées, et il sentait toute la valeur de ses paroles.

La sensibilité générale est restée intacte : elle n'a été ni exaltée ni diminuée.

Les mouvements n'ont offert aucun désordre. Pas de convulsions, de soubresauts de tendons, de carphologie.

Rien de modifié vers les sens. Les yeux seulement étaient parfois tournés en haut et dans un état de strabisme, mais ils reprenaient leur direction naturelle quand on appelait l'attention du malade. Les pupilles paraissaient contractées. — Il n'y a point eu de céphalalgie, de bourdonnements d'oreilles, ni d'horripilations.

Je me suis assuré qu'il n'existait pas de priapisme.

En proie continuellement à d'effroyables tortures, Soufflard n'a pas eu un instant de sommeil.

Sécrétions. — Les sécrétions n'ont rien offert de particulier, à part cette sueur froide et visqueuse qui recouvrait toute la peau comme une sorte d'enduit.

Quant à l'habitude extérieure du corps, je ne puis mieux comparer Soufflard qu'à un cholérique dans la période algide.

(M. le docteur Bonnet, à qui j'avais communiqué toutes mes notes, en a vérifié l'extrême exactitude.)

Autopsie cadavérique.

Le jeudi 21 mars, à neuf heures du matin, l'autopsie de Soufflard fut faite à la Morgue devant MM. Orfila, Le Sueur, Ollivier (d'Angers), et plusieurs autres médecins. A mesure que les organes étaient passés en revue, je notais les lésions que nous y rencontrions.

Le cadavre avait une rigidité extrême. Les traits du visage conservaient l'expression que je leur avais connue pendant la vie. Les yeux largement ouverts brillaient dans l'orbite avec une sorte d'aspect farouche. Point d'éruption pétéchiale sur la peau, qui offrait une teinte violacée. Soufflard devait avoir une force musculaire très-grande, car ses membres étaient charnus, robustes, sa poitrine large, et tout annonçait une constitution puissante.

La mâchoire inférieure ayant été sciée à sa partie moyenne, nous pûmes explorer l'intérieur de la cavité buccale.

Les gencives et la face interne des joues, le voile du palais, les piliers, la luette, toutes ces parties offraient une rougeur vive. La lèvre inférieure était profondément cautérisée, son volume double de ce qu'il est à l'état naturel.

La langue avait l'aspect saburral; son épithélium, détruit dans divers points, surtout à la face supérieure de l'organe et au-dessous du frein, laissait à nu les papilles gonflées et rougeâtres. Elle était extrêmement tuméfiée.

Injection assez vive du pharynx et de l'œsophage. Ce ne sont pas des arborisations vasculaires, mais des plaques, les unes grisâtres, les autres sanguinolentes, disséminées par intervalle.

L'estomac s'offrit dans un état de désorganisation complète. Il contenait la valeur de trois ou quatre verres d'un liquide rougeâtre, filant, mélangé de caillots de lait. La muqueuse gastrique n'existait plus, ou du moins ce n'était qu'une pulpe noirâtre, glutineuse, facile à détacher avec le doigt. Au-dessous d'elle on apercevait une surface saignante, granuleuse, mamelonnée, qui ressemblait à ces plaies recouvertes de végétations gangréneuses. Dans certains points, le tissu des parois stomacales, sphacélé à une certaine épaisseur, ne paraissait plus réduit qu'au feuillet séreux; près du pylore, on voyait une place grisâtre, large de trois doigts, qui était comme tannée. La membrane muqueuse qui la recouvrait semblait avoir été cautérisée avec un acide. Il est probable que c'est là qu'avait séjourné le poison avant d'être dissous par les mucosités gastriques. Il n'y avait nulle part de perforation. Nous avons extrait des quantités assez considérables d'arsenic, surtout au voisinage de l'anneau pylorique.

Le duodénum et les autres parties du tube intestinal, sont examinés avec le plus grand soin. Nous n'y trouvons plus de ces larges cautérisations; ce sont des plaques semées de distance en distance, et creusées à la manière des plaques typhoïdes. Elles sont d'autant moins nombreuses qu'on s'éloigne davantage de l'estomac. La muqueuse qui les sépare est parfaitement saine. Au centre de chaque plaque est un petit fragment d'acide arsénieux qui paraît avoir agi sur l'intestin comme la pierre à cautère sur la peau. Il est probable que ces divers fragments, entraînés par des caillots de lait, ont parcouru impunément un certain trajet, jusqu'au moment où ils ont été arrêtés par les replis de la membrane muqueuse. Ceci explique le retour de ces coliques intercurrentes que le malade éprouvait, et leur cessation quand l'eschare était produite.

Nous fûmes frappé du calibre du gros intestin. C'est à peine s'il admettait la branche de l'entérotôme. Était-ce un rétrécissement morbide produit par le poison? Était-ce une disposition congéniale? J'inclinerais plutôt vers cette dernière supposition attendu qu'il n'y avait que très-peu de lésions dans la mu-

queuse du gros intestin, et que les autres parties du canal digestif qui étaient beaucoup plus altérées conservaient leur diamètre naturel.

Péritoine intact. Il contenait dans sa cavité quelques cuillerées de sérosité légèrement jaunâtre.

Les autres viscères de l'abdomen nous ont paru être dans leur état normal. Rien de particulier vers le foie. La bile remplit la vésicule; mais les canaux cholédoques sont libres, car on la fait sourdre dans le duodénum par une pression légère. La rate est volumineuse : un sang noir liquide en distend les cellules.

Les reins ne sont point injectés. Les bassinets sont vides. Point de rougeur à l'intérieur des uretères. La vessie contient la valeur d'un verre d'urine qui n'offre aucun caractère physique spécial. Ses parois ont leur coloration et leur consistance habituelles. Il en est de même du col vésieal.

Tout le système veineux abdominal était fortement gorgé de sang liquide. La veine porte offrait un volume énorme. Cet état de réplétion générale s'observait jusqu'aux radicules des veines mésentériques.

On ouvre avec précaution la cavité thoracique. Le sang qui s'écoule est noirâtre, non coagulé : il rougit faiblement au contact de l'air.

Les plèvres sont saines. Il n'y a pas d'épanchement ni d'exsudations pseudo-membraneuses dans les cavités droite et gauche de la poitrine. Cependant le poumon ne s'est pas affaissé sous l'influence de la pression atmosphérique. D'où vient cette perte d'élasticité? De l'infiltration sanguine et de l'induration de son tissu. Coupé par tranches, le poumon offre tous les caractères physiques de l'engouement: il est rouge, gorgé de sang, à peine crépitant. J'en mets un morceau dans un baquet plein d'eau : il va d'abord au fond, puis, revient à la surface pour redescendre encore; ce n'est qu'après plusieurs mouvements oscillatoires qu'il surnage; mais sa pesanteur spécifique a tellement augmenté, qu'elle est sur le point de faire équilibre à celle de l'eau. Les deux poumons sont engorgés à un égal degré dans toutes leurs parties, au sommet comme à la base, en avant comme en arrière. L'insufflation de l'air par les tuyaux bronchiques n'épanouit pas leur parenchyme qui semble être devenu imperméable. Certains points sont d'une couleur violacée, uniforme, comme s'il y avait eu de ces hémorrhagies capillaires, connues sous le nom d'apoplexie.—Dans les autres points de son épaisseur, le poumon est uniformément noirâtre.

J'ai coupé une tranche de ce viscère, dans un endroit où il offrait ces deux colorations à la fois: j'en ai exprimé le sang avec mes doigts, par une pression ménagée, et je l'ai lavée dans de l'eau. Le tissu pulmonaire a repris sa texture spongieuse et une partie de son élasticité. Les deux nuances de coloration avaient disparu.

Toutes les divisions de l'artère pulmonaire sont remplies d'un sang incoagulable. Il en est de même du ventricule droit, de l'oreillette et des deux veines caves qui ont un volume monstrueux.

Au contraire, les veines pulmonaires sont à peu près vides, leurs parois revenues sur elles-mêmes. Les cavités gauches du cœur ne contiennent presque pas de sang.

C'est donc dans le poumon que la circulation s'est arrêtée. Peut-être le ventricule droit avait-il perdu l'énergie suffisante pour faire parcourir au sang son trajet habituel à travers l'appareil respiratoire; peut-être aussi le sang, privé de sa coagulabilité, était-il devenu impropre à circuler dans ses capillaires, et s'était-il extravasé. Quoi qu'il en soit, on comprend comment le sang, arrêté dans les poumons, séjournait dans les cavités droites et s'accumulait dans les veines caves, et, de proche en proche, dans le système veineux général.

Le péricarde était parfaitement sain. Point d'épanchement dans son intérieur, ni de rougeur sur ses feuillets fibreux et séreux.

Le cœur avait son volume ordinaire. Je viens de dire que ses cavités gauches étaient à peu près vides. Cette circonstance n'expliquerait-elle pas l'absence du pouls? Car si le ventricule ne recevait plus de sang du poumon, il ne pouvait pas en envoyer dans le système artériel.

Entre les colonnes charnues du ventricule gauche et à la base des piliers de la valvule mitrale, existait une rougeur disséminée çà et là avec des nuances inégales de coloration, sans ulcération de la membrane interne. Ces rougeurs étaient-elles le simple produit de phénomènes cadavériques? Il n'y en avait point d'apparentes dans le ventricule droit ce qui laisserait à penser que si elles ont été sensibles dans le gauche, cela pourrait tenir à la couleur plus vermeille du sang artériel qui ferait ressortir davantage les moindres traces d'imbibition.

Le tissu cardiaque était sain dans son épaisseur.

Quant au système nerveux cérébro-spinal, un mot me suffira pour exprimer son état: il n'offrait aucune trace de lésion dans son tissu ni ses enveloppes. Point de rougeur des méninges, excepté que les vaisseaux de la pie-mère étaient un peu dilatés.

Point d'injection de la pulpe nerveuse; seulement quand on coupait par tranches la substance cérébrale, de grosses gouttes de sang veineux venaient sourdre à la surface des incisions. Il y avait bien loin de ces congestions passives à un état inflammatoire véritable.

Les sinus étaient gorgés de sang. Le liquide céphalo-rachidien ne nous a présenté rien de particulier dans sa quantité, ni dans ses caractères physiques.

Le canal vertébral n'a point été ouvert; mais la conservation intacte du mouvement et de la sensibilité dans toutes les parties du corps éloigne l'idée d'une lésion de la moelle épinière.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — Avril 1839.

Huile acide de spiræa ulmaria (hydrure de spiroïle ou acide spiraaïque) ; nouvelle méthode de l'extraire.

L'eau distillée de la fleur d'ulmaire est saturée des parties volatiles de la fleur par des distillations repétées sur celle-ci. On secoue cette eau à plusieurs reprises avec de l'éther. Par la soustraction de celui-ci, à une faible chaleur, l'eau perd entièrement sa qualité odorante. On mêle l'éther recueilli avec une solution diluée de potasse caustique, et on agite pour faciliter la pénétration. On vaporise de nouveau l'éther. La retraite laissera indissoute une huile incolore, non acide, et possédant au plus haut degré l'arome de la fleur. La liqueur alcaline, qui tient en solution une huile acide, est traitée avec de l'acide phosphorique mis en léger excès, et le tout est soumis à la distillation. L'huile acide que l'alcali saturait et qui est l'acide de spiraaïque, passera d'abord. En continuant la distillation jusqu'à ce que le résidu commence à devenir sec, il se sublime et se condense dans le col de la cornue de longues aiguilles d'une matière également douée de propriétés acides.

L'ulmaire, reine des prés, en flamand, reynette, est très-commune chez nous. On la trouve dans les prairies aigres et sur les bords des rivières. Pour peu qu'elle s'éloigne de ces bords en avançant dans le sol cultivé, la fleur se double et perd toute odeur; on doit la cueillir avant la coupe du foin.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Rapport sur un nouveau scarificateur proposé par M. BONNEELS *de Bruxelles*, lu dans la séance du 8 avril 1838, par M. le docteur LANGLET.

Messieurs,

Vous nous avez chargés de faire un rapport sur un instrument présenté à la Société par M. Bonneels. Cet instrument est un scarificateur de forme nouvelle, destiné à remplacer l'ancien, dont l'emploi est souvent accompagné d'inconvénients, dont le prix est très-élevé et dont le mécanisme très-compliqué a besoin fréquemment de réparations et nécessite des soins minutieux.

Le scarificateur présenté par M. Bonneels consiste en une boîte en cuivre, de forme oblongue, concave sur les côtés. Dans cette boîte, sont fixées par un pas de vis six lames qui passent par des ouvertures pratiquées dans sa portion destinée à être mise en contact avec la peau. On donne à ces lames plus ou moins de longueur en tournant ou détournant un bouton en cuivre fixé à l'extrémité du manche qui s'attache à la boîte. Pour faire usage de l'instrument, on le pousse vivement sur la région où l'application doit en être faite et on l'en retire avec promptitude afin, dit M. Bonneels, d'éviter que le sang tache les lames. On nettoie ces lames en tournant le bouton en cuivre jusqu'à ce qu'elles soient suffisamment à découvert. Lorsqu'il est nécessaire de les aiguiser, on devise deux petits boutons en cuivre fixés sur les côtés de la boîte et on tourne le gros bouton de l'extrémité du manche, jusqu'à ce que la couverture de la boîte se détache; on enlève alors chaque lame au moyen d'une pince à pansement ou autre.

Tel est le scarificateur proposé par M. Bonneels. Il a des avantages sur l'ancien, et parmi ces avantages nous citerons 1° son application plus sûre, les incisions pouvant être dirigées plus aisément dans tous les sens; 2° la facilité d'éviter plus aisément les saillies des articulations; 3° il n'y a ni bruit, ni secousse désagréable pour le malade; 4° il agit comme le bistouri simple; 5° enfin, outre les soins tout particuliers que réclame l'ancien scarificateur, il ne peut pas être comme celui de M. Bonneels, employé facilement sur toutes les régions du corps.

Nous vous proposons d'adresser des remerciements à M. Bonneels et de l'engager à vouloir bien nous faire connaître les instruments qu'il pourrait inventer et ceux auxquels ses connaissances lui feront apporter d'utiles modifications.

Dr LANGLET, *rapporteur*.
V. UYTTERHOEVEN, *commissaire*.

Séance du 4 mars 1839.

Présidence de M. MEISSER, secrétaire perpétuel.
M. MARINUS, secrétaire.

Ouvrages présentés.

1° Nouveaux mémoires de l'Académie royale de Bruxelles, tome XI, in-4° (1839).

2° Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles (nos 1 et 2, 1839).

3° Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand (décembre 1838, et janvier 1839).

4° Annales d'oculistique et de gynécologie, par FLORENT CUNIER et M. SCHOENFELD (nos 1 à 12).

5° Notice sur les travaux de la Société de médecine de Bordeaux.

6° Programme des prix de la Société de médecine de Bordeaux.

7° Considérations critiques sur la phrénologie et la crânioscopie; par le docteur F. J. MATTHYSSENS, suivies d'un rapport par le docteur BROECKX.

8° Note sur les muscles de l'avant-bras du cheval; par le docteur PHILLIPS, de Liége.

Mémoires manuscrits.

9° **Mémoire** sur l'hydrophobie rabifique développée chez des brébis à la suite de morsures faites par un chien enragé; par le docteur Ant. Raikem, professeur à l'université de Liége. (Commissaires : MM. Maes, Lequime, et Langlet, rapporteur.

Le reste de la séance est consacré à la correspondance et à des affaires administratives.

Séance du 8 avril.

Présidence de M. Meisser, secrétaire perpétuel.
M. Marinus, secrétaire.

Ouvrages présentés.

1° Observations anatomiques et physiologiques sur les appareils sanguin et respiratoire des batraciens anoures (mémoire couronné par l'Académie royale de Bruxelles); par M. Lambotte.

2° Note sur le rapprochement qui existe entre la disposition du système cérébral des animaux vértébrés, et celle du ganglion susœsophagien des animaux articulés ; par le même. (MM. Meisser, Leroy et Gluge sont chargés de faire un rapport sur ce dernier travail.)

3° Annales d'oculistique et de gynécologie ; par Florent Cunier et M. Schoenfeld (n°s 13 et 14).

4° Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand (février 1839).

5° Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles (n° 3, 1839).

6° Notice sur les travaux de Vandenzande ; par le docteur Broeckx. Anvers, 1839.

7° Notice sur quelques points d'anatomie pathologique comparée, suivie de quelques observations sur la structure des branchies dans les épinoches ; par le docteur Gluge.

Mémoires manuscrits.

8° Notice sur une dystocie extraordinaire occasionnée par une tumeur fibreuse de l'utérus, accompagnée de l'envoi de la pièce anatomico-pathologique ; par le docteur Thirion, membre correspondant, à Namur. (Commissaires : MM. Seutin, A. Uytterhoeven, et Marinus, rapporteur.)

Rapports.

9° Rapport de M. Langlet sur un scarificateur de forme nouvelle, présenté par M. Bonnebls.

Les commissaires proposent d'adresser des remerciements à l'auteur de cette communication et de l'inviter à faire connaître à la Société les instruments qu'il pourrait inventer et ceux auxquels ses connaissances lui feraient apporter d'utiles modifications.— Adopté. La Société vote en outre l'impression du rapport.

10° Rapport de M. Gluge, sur une observation de catarrhe vésical guéri par l'emploi de la térébenthine, présentée par M. Daumerie, membre résidant. — Impression de l'observation et du rapport.

11° M. Nollet, au nom d'une commission, lit un rapport sur les appareils importés en Belgique par M. Nolle, pour l'usage des bains hydrauliques à poussière et vapeurs, et propose qu'il soit fait une mention honorable de ces appareils dans les Annales de la Société.—Adopté.

Séance du 6 mai.

Présidence de M. Meisser, secrétaire perpétuel.
M. Marinus, secrétaire.

Ouvrages présentés.

1° Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles (n° 4, 1839).

2° Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand (mars, 1839).

3° Annales d'oculistique et de gynécologie, par Frolent Cunier et M. Schoenfeld (n°s 16 et 17).

4° De la phrénologie, par le docteur Fossati in-8° (1839).

5° Autoplastie après l'amputation des cancers, par Ch. Phillips, de Liége (in-18, 1839).

6° Notice sur une nouvelle espèce d'épilobe voisine de l'*epilobium angustissimum et romarinifolium*, par Westendorp. (2° tirage, avec le texte anglais de W. H. White en regard, in-8°, 1839.)

7° Strumenti e poceni nuovi per estirpare in parte o in totalita l'utero, memoria di Cio Battista Bellini Toscano.

8° Saccio delle opere di Gambattista Bellini Toscano.

9° Storia anamnestica necroscopia di un enorme tumor fibroso peritoneale distesa del dottore Camillo Versari da Forli.

(M. Meisser fera un rapport sur ces trois derniers ouvrages.)

Mémoires manuscrits.

10° Observation d'exstrophie de la vessie, avec 2 planches ; par le docteur Joly, de Bruxelles. (Commissaires : MM. Seutin, A. Uytterhoeven, et Langlet, rapporteur.)

11° M. le docteur Mourémans, au nom d'un médecin qui ne veut pas encore se faire connaître, présente le dessin d'un nouvel instrument qu'il nomme *intro-pelvimètre*, afin de prendre date de la découverte, objet de ses recherches. M. Mouremans prend l'engagement de présenter dans l'une des séances suivantes l'instrument lui-même, et de donner, sur son emploi, toutes les explications désirables.

La Société adopte la proposition de M. Mouremans, et le dessin est ensuite paraphé par les membres du bureau.

Rapports.

12° Rapport de M. Marinus, sur une tumeur fibreuse de l'utérus, dont la pièce pathologique a été présentée par M. Thirion, membre correspondant à Namur. — Conclusions : Impression de l'observation et du rapport, dépôt de la pièce pathologique dans le museum de la Société, et remerciements à l'auteur de la communication. — Adopté.

13° Rapport de M. Langlet, sur un mémoire de M. le professeur Raikem de Liége, sur l'hydrophobie rabifique. Les commissaires concluent à l'admission de M. Raikem, au nombre des membres correspondants nationaux. — Adopté.

14° Rapport de M. Mourremans, sur un opuscule de M. le docteur Cutler, sur un appareil calorifère et son emploi dans plusieurs maladies. Conclusions : Les observations rapportées dans ce mémoire étant incomplètes, et les résultats obtenus pouvant être attribués en grande partie à l'action du traitement antérieur et aux remèdes héroïques prescrits lors de l'emploi des bains d'air chaud, les commissaires proposent de nommer une commission à l'effet d'instituer des expériences avec l'appareil de M. Cutler, et de lui accorder le diplôme de membre correspondant si la commission vérifie les résultats pratiques énoncés dans le mémoire. — Ces conclusions sont adoptées, et MM. Nollet, Leroy, Mouremans et A. Uytterhoeven sont nommés commissaires pour instituer les expériences proposées.

Biographie médicale.

M. le docteur Broeckx, secrétaire de la Société de médecine d'Anvers vient de publier une *Notice sur les travaux de* Vanden Zande, ancien professeur à l'école de médecine et médecin de l'hôpital Ste-Élisabeth d'Anvers, dans laquelle il retrace avec chaleur et conviction les nombreux et éminents services que ce médecin a rendus à la science et à l'humanité durant sa longue et brillante carrière.

« On doit des égards aux vivants, on ne doit aux morts que la vérité», a dit Voltaire. C'est aussi ce que fait M. Broeckx, car il s'est attaché à être vrai avant tout, et si son travail est d'un bout à l'autre une sorte de panégyrique, c'est que les faits se prêtaient de telle sorte qu'il avait beaucoup à louer et rien à critiquer dans la vie toute scientifique de l'homme qu'il fait connaître.

Après avoir analysé, dans l'ordre chronologique, les travaux de Vanden Zande, l'auteur s'arrête au traité sur la péritonite puerpérale que ce médecin publia en 1821, dans lequel il proclama les bons effets des préparations mercurielles dans le traitement de cette maladie et des inflammations en général, alors que la doctrine de Broussais était en vogue et séduisait, par sa simplicité apparente, la plupart des praticiens. Vanden Zande ne craignit pas de se mettre en opposition avec les idées qui dominaient alors, parce que sa méthode était le fruit de plusieurs années de recherches et d'expérimentations; aussi ne dédaigna-t-il pas la discuter en répondant aux attaques dont elle fut l'objet de la part de médecins physiologistes ; il se retira avec honneur de la lutte, et ses adversaires lui procurèrent même l'occasion de donner de nouveaux développements à la méthode de traitement qu'il proposait. Aujourd'hui les propriétés antiphlogistiques du mercure (onguent mercuriel et calomel) dans plusieurs maladies, et surtout dans la péritonite, ne sont plus contestées. A Vanden Zande seul revient la gloire de cette découverte, et on ne pourrait, sans être injuste, la lui ravir, ainsi que M. Broeckx l'a fort bien établi.

Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris; par le baron Dupuytren, chirurgien en chef. Seconde édition entièrement refondue d'après les manuscrits légués par l'auteur, recueillis et publiés par les docteurs Brierre de Boismont et Marx. Tome 1 et 2. En vente à la Société Encyclographique, à Bruxelles.

Depuis vingt-cinq ans la voix éloquente de l'illustre Dupuytren, le chef de la chirurgie en France, retentissait dans les cours, les amphithéâtres, les cliniques, les sociétés savantes; des milliers d'élèves formés à son école avaient recueilli, propagé, mis en pratique ses préceptes dans toutes les parties du monde connu. Il n'était presque pas d'établissement public qui ne fût dirigé par un de ses disciples, et il ne paraissait pas un ouvrage en chirurgie où l'on ne citât avec empressement et presque à chaque page les doctrines du chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu. Ses découvertes, ses perfectionnements, ses préceptes étaient consignés dans une foule de thèses et transmis surtout par l'enseignement oral; mais jusqu'alors aucun recueil périodique, aucun traité didactique n'avait réuni et coordonné ces matériaux si riches et si nombreux. Comprenant tout ce qu'il y avait de précieux dans une pareille mine, MM. les docteurs Buet et Brierre de Boismont, assurés du consentement du grand chirurgien dont tous les moments étaient consacrés à la pratique et à l'enseignement, firent paraître, en 1832, quatre volumes sous le titre de *Leçons orales*. Cet ouvrage reçut le plus favorable accueil; traduit en plusieurs langues, deux fois contrefait, rapidement épuisé, il avait répondu au but que les auteurs s'étaient proposé, celui de rendre publiques les idées du célèbre chirurgien dont le nom a retenti dans toute l'Europe.

Mais quelque flatteur que fût ce succès, les auteurs s'aperçurent que le mode de publication n'avait pas été sans quelques inconvénients pour le livre, qu'il y avait des taches qu'il faudrait faire disparaître, et des lacunes qu'il faudrait remplir dans une seconde édition.

Ces améliorations furent le sujet fréquent des conversations de Dupuytren avec les auteurs, et plus d'une fois il manifesta le désir de les voir s'effectuer

à l'aide des documents précieux qui étaient en sa possession. Dupuytren mourut et légua à M. le docteur Marx, son ami dévoué et l'un de ses élèves les plus distingués, le soin de publier ses manuscrits. La collaboration de ce médecin devenait dès lors nécessaire, indispensable même pour la publication de cette nouvelle édition des *Leçons orales*, et il se réunit à M. Brierre de Boismont pour la mise en œuvre de ce beau travail.

Bien pénétrés de cette vérité, que la forme sans le fond n'a qu'une durée éphémère, MM. Brierre de Boismont et Marx ont puisé aux meilleures sources, et leurs matériaux ont été pris dans les observations et dans les cahiers rédigés par les internes de l'Hôtel-Dieu, cette brillante pépinière des praticiens les plus distingués de France, parmi lesquels nous citerons MM. Cruveilhier, Lallemand, Sanson aîné et jeune, Lisfranc, Moreau, Dalmas, Jacquemin, Laugier, Michon, Royer-Collard, Fournier, Robert, Guersent, Mancel, Brun, et tant d'autres dont les noms sont fréquemment mentionnés dans le cours de l'ouvrage.

Entourés de ces documents, et mus par un sentiment bien louable, celui de se montrer dignes de l'homme de génie qui les avait autorisés à faire connaître ses doctrines et, plus encore, par le desir d'être utiles à la science, les auteurs de cette nouvelle édition ont adopté une marche différente dans l'exposition des matières, plus conforme à la tendance de l'esprit, qui a besoin de se créer des points de repère, des espèces de jalons où il puisse s'arrêter.

C'est ainsi que le premier volume est entièrement composé des maladies des os (fractures, luxations et carie) : cette partie renferme les importants mémoires que Dupuytren avait fait paraître sur ce sujet, et une foule de travaux inédits. Le second volume traite 1° de la luxation du métatarse; 2° de la luxation de l'astragale sur le calcanéum; 3° de la luxation de la 1re et de la 2e phalange du pouce; 4° de la formation du cal; moyen de remédier au cal vicieux ou difforme; 5° des luxations de l'extrémité inférieure du cubitus; 6° de l'exostose de la face supérieure de la dernière phalange du gros orteil; cas rares; 7° du pied-bot; 8° des kystes qui se développent dans l'épaisseur des os, et de leurs différentes espèces; 9° des kystes séreux contenant des petits corps blancs ou hydatiques; des tumeurs hydatiques, de leur diagnostic et de leur traitement; 10° de la fracture de l'arcade zygomatique; 11° de l'emphysème traumatique; 12° du délire nerveux; 13° de l'ostéo-sarcome, du spina ventosa et des tubercules des os; 14° doctrines et procédés opératoires de M. Dupuytren dans les amputations; 15° des résections; 16° des anévrysmes qui compliquent les fractures et les plaies d'armes à feu, et de leur traitement par la méthode d'Anel. Le troisième volume est consacré 1° à la ligature des principaux troncs artériels; 2° au tissu érectile, étudié et constaté par Dupuytren; 3° à la dilatation varicoso-artérielle; 4° aux varices; 5° à la gangrène symptomatique; 6° aux plaies du cœur; 7° à la cataracte, sujet d'ophthalmologie étudié avec un soin spécial par Dupuytren; 8° à la fistule lacrymale; 9° à la grenouillette; 10° à la trachéotomie; 11° au cancer de la langue et de la lèvre inférieure; 12° à la section du sterno-cleïdo-mastoïdien; 13° aux hernies; 14° à la chute du rectum; 15° à l'anus contre-nature et l'entérotomie, travail entièrement neuf, etc. Le quatrième volume n'est pas moins remarquable par le nombre et l'importance des sujets : il renferme, 1° un mémoire entièrement neuf sur la rétraction permanente des doigts; 2° les travaux de Dupuytren sur la lithotomie et la taille bilatérale, parmi lesquels on a compris cette belle thèse sur la lithotomie qui contribua si puissamment à sa nomination à la chaire de médecine opératoire; 3° un excellent article sur les brûlures; 4° le traitement des deux espèces d'ongles rentrés dans les chairs; 5° l'anthrax; 6° le phlegmon diffus; 7° les engorgements des testicules; 8° les tumeurs fibreuses de l'utérus, vulgairement désignées sous le nom de polypes; 9° les ulcérations du col de la matrice, et l'amputation de cet organe. Plusieurs chapitres sont entièrement consacrés à des sujets thérapeutiques; c'est ainsi que Dupuytren a appelé l'attention sur l'emploi des cautères et des moxas dans les plaies affectées de pourriture d'hôpital, et dans quelques autres maladies, etc., etc. MM. Brierre de Boismont et Marx ont ajouté à ce volume plusieurs mémoires de Dupuytren sur divers points de l'anatomie pathologique, de la physiologie et de l'hygiène, des articles relatifs à des procédés nouveaux, mais circonscrits dans une sphère plus étroite, des observations rares et curieuses.

On voit par cette énumération combien cette nouvelle édition des *Leçons orales de* DUPUYTREN diffère de la précédente; elle montre aussi qu'il est peu de parties de son art que le grand chirurgien de l'Hôtel-Dieu n'ait cherché à approfondir, à perfectionner.

Il est inutile de faire ressortir davantage le mérite de l'importante publication que nous annonçons; elle sera suffisamment appréciée des praticiens, qui y trouveront des enseignements précieux et une foule de préceptes qu'ils chercheraient vainement ailleurs.

Dictionnaire des études médicales pratiques; par MM. AMUSSAT, ANDRAL (A.), Mme BOIVIN, MM. CAFFE, CAPITAINE, CHASSAIGNAC, CULLERIER, DENONVILLIERS, DEZEIMERIS, DIEFFENBACH, DUBOIS (d'Amiens), FALRET, FÉE, FORGET, FRANÇOIS, GUILLEMOT, JAUME, LEGROUX, LENOIR, LESUEUR, MAISONNEUVE, MARTINS, MAYOR, MICHON, MONNOD, NONAT, POURCHER, RÉNÉ, RIGAUD, ROYER-COLLARD, SANSON (A.), SÉDILLOT, SESTIER, STOLTZ, THILLAYE, VIDECOQ. — Tomes II et III. — ARG-CLIM. — Bruxelles, Société encyclographique des sciences médicales.

A peine avons-nous fait connaître le tome Ier de cet ouvrage que nous avons déjà à annoncer la publication des deux volumes suivants; ce qui prouve que les auteurs ont pris à tâche d'achever en très-peu de temps l'œuvre importante qu'ils ont entreprise, et qu'ils n'ont pas trop préjugé de leurs forces. Nous avons, dans notre précédent article, fait ressortir le but et l'esprit de ce dictionnaire et apprécié son utilité à côté des ouvrages du même genre pu-

bliés antérieurement, et qui comprennent l'ensemble des sciences médicales; il nous reste à faire connaître les principaux articles qui composent les deux volumes que nous annonçons. Nous citerons particulièrement les suivants : l'article *Artères* (Maladies des), par M. Maisonneuve, commence par des considérations anatomiques sur les rapports des artères avec les organes qui les environnent; l'auteur s'occupe ensuite des maladies de ces vaisseaux; la description qu'il fait de chacune d'elles, est courte, mais exacte, de manière à ne rien omettre de ce qui intéresse le praticien. Les maladies des *Articulations*, par M. A. Andral, sont exposées avec simplicité et de manière à ne rien omettre de ce qu'il importe de savoir. L'article *Ascite*, écrit par M. Nonat, est fort complet, et résume l'état de la science et des divers travaux publiés sur ce sujet. Nous en dirons autant de l'article *Asphyxies*, traité avec talent par M. Sestier, tant sous le rapport de la pathologie que sous celui de la médecine légale. Le mot *Asthme*, par le même auteur, quoique d'une extrême concision, mérite les mêmes éloges. Nous avons lu avec le même intérêt l'article *Auscultation*, écrit par M. Sestier, en tant que cette méthode d'exploration s'applique aux phénomènes de la respiration, de la circulation et au diagnostic de la péritonite, etc., et par M. Stoltz, appliquée à la pratique obstétricale. Nous citerons encore comme nous ayant paru bien faits, les articles *Avant-bras* (opérations et maladies de l'), par MM. Lenoir et Sédillot; *Avortement*, par M. Guilmot (sous le rapport de l'obstétrique) et Sestier (sous le rapport de la médecine légale); *Axillaire* (anévrysme et ligature de l'artère), par MM. Lenoir et Rigaud; *Bains*, par M. Jaumes; *Bassin*, par M. Stoltz; *Bec-de-lièvre*, par M. A. Andral; *Bégaiement*, par M. François; *Belladone*, par M. Caffe; *Blennorrhagie et Bubon*, par M. Cullerier jeune; *Blessures* (histoire médico-légale des); *Boissons*, par M. Hipp. Royer-Collard : *Brûlures*, par M. Denonvilliers; *Calculs*, par M. Videcoq; *Calomélas*, par M. Nonat; *Camphre*, par M. Cottereau; *Cancer*, par M. Videcoq; *Cantharide*, par MM. Fée et François; *Carie*, par M. Sédillot; *Carotide* (maladies et ligature), par MM. Lenoir et Rigaud; *catalepsie*, par M. Dubois (d'Amiens); *Cataracte*, par M. Caffe; les deux articles *Cathétérisme*, l'un par M. Gentil, dans lequel sont exposés les procédés en usage aujourd'hui, l'autre dû à la plume de M. Mathias Mayor, et où cet habile chirurgien fait connaître avec détails la méthode qu'il a appliquée avec tant de succès au traitement des rétrécissements du canal de l'urèthre; *Céphalœmatome*, par M. H. Bell, maladie qui a fait dans ces derniers temps l'objet de plusieurs recherches du plus haut intérêt; *Cerveau* (maladies du), par M. Legroux; *Césarienne* (opération), par M. Stoltz; *Champignons*, par M. Fée; *Choléra*, par M. Nonat; *Chorée*, par M. H. Bell; *Cicatrice*, par M. A. Andral; *Clavicule* (fractures et luxations de la). Tous ces articles, sans sortir des limites que les auteurs se sont tracées, sont très-complets, écrits avec méthode et donnent une juste idée de l'état actuel de nos connaissances sur chaque objet dont ils traitent.

Ce qui doit surtout faire rechercher cet ouvrage, c'est que chaque branche des sciences médicales est confiée à des hommes spéciaux, à des hommes de travail joignant la plupart la pratique aux connaissances théoriques; c'est ainsi, par exemple, que M. Caffe, savant ophthalmologiste, dont nous avons été à même d'apprécier les profondes connaissances, s'est chargé de la partie ophthalmologique de l'ouvrage : son article cataracte, qui sera consulté avec fruit par les praticiens, prouve que l'on ne pouvait confier cette tâche à une main plus habile; que M. Stoltz, déjà connu avantageusement dans la science par plusieurs travaux, contribue à cette publication par des articles d'obstétricie; que Mme Boivin s'occupe des maladies des femmes; M. Cullerier jeune, des maladies syphilitiques, etc., etc. De cette manière, chacun a sa tâche tracée à l'avance, et l'on peut être assuré que l'ouvrage offrira un ensemble méthodique et des vues toutes pratiques.

J.-R. M......

Prix décerné par la Société de médecine de Lyon.

La Société de médecine de Lyon avait proposé en 1837, pour sujet de prix, la question suivante : « *Des avantages et des inconvénients de la médication par le froid dans les maladies internes. — Indiquer son mode d'action sur l'organisme. — Préciser par des observations cliniques les cas où elle doit être mise en usage, l'époque à laquelle on doit y avoir recours, et celle où il convient de la cesser..* »

Dans sa séance du 15 avril 1839, cette Société a décidé, à l'unanimité, qu'un seul mémoire était digne d'une récompense, et a accordé à son auteur, M. le docteur Thirion, de Namur, l'un des collaborateurs à ce journal, une médaille d'or et le diplôme de membre correspondant.

Nous signalons avec plaisir ce succès obtenu par un médecin belge près d'un corps savant étranger.

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

—

Mémoire sur l'hydrophobie rabifique développée chez des brebis, à la suite de morsures faites par un chien enragé (1); par le docteur ANT. RAIKEM, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Liége, membre correspondant.

Un chien furieux, et paraissant enragé, après avoir mordu à Spicchiajola, hameau éloigné d'environ deux lieues de la ville de Volterra, en Toscane, cinq chiens, un bouc et un dindon, dans la soirée du 3 février 1823, se dirigea à travers les champs du côté de cette ville, et dans le courant de la nuit suivante pénétra par une fenêtre mal fermée dans la bergerie attenante à la maison du paysan qui exploitait la métairie appelée *le Colombaje del Pilastri*, située au midi et à deux milles de cette même ville. De quarante-six brebis, outre plusieurs petits agneaux nés depuis peu, qui se trouvaient dans le bercail, le chien mit en pièces cinq agneaux et une brebis, mordit en divers endroits plus de vingt brebis, et après avoir de cette manière exhalé sa rage, s'efforça de détruire, ou d'ouvrir au moyen des dents et des pattes, la porte d'entrée de l'étable pour s'échapper. Le paysan éveillé au bruit insolite qui provenait de la bergerie, se leva aussitôt pour aller voir de quoi il s'agissait. Mais à peine en eut-il ouvert la porte qu'il en vit sortir en courant un chien de stature moyenne, lequel, peu d'instants après, fut tué, par un paysan des environs, d'un coup de fusil. Le chien avant d'être enterré fut reconnu par plusieurs paysans pour être celui qui s'était enfui de la bergerie de la métairie susmentionnée, et avait, chemin faisant, rencontré et mordu plusieurs chiens du voisinage, qui furent immédiatement mis à mort.

La brebis et les agneaux mis en pièces par le chien ayant été enterrés dans une fosse profonde d'environ deux brasses, et seulement recouverte de terre, une vingtaine de chiens des métairies d'alentour, vinrent, pendant la nuit, sans doute attirés par l'odeur d'une fraîche pâture, les exhumer et les dévorer.

Quatorze jours s'écoulèrent après l'événement, sans qu'il se manifestât aucune altération sensible dans la santé du troupeau.

Mais au quinzième jour, la scène changea. L'une des brebis mordues commença à offrir quelques symptômes de rage. Elle courait çà et là sans dessein et comme atteinte de fureur, dans le bercail; elle montait souvent à califourchon sur ses compagnes, comme en temps du rut; heurtait violemment de la tête ou du front contre tous les objets qui se présentaient devant elle; avait les yeux rouges et brillants; refusait toute espèce de boisson; ne ruminait plus quoiqu'elle parût quelquefois manger de la paille et du foin; se léchait fréquemment les lèvres avec la langue, etc.—Ces phénomènes morbides, qui étaient permanents et augmentaient graduellement d'intensité, firent penser au paysan que la brebis était attaquée de la rage, par suite des morsures faites par le chien; en conséquence il jugea à propos de la tuer d'un coup de fusil; et instruit par l'expérience de ce qui était arrivé précédemment, pour empêcher que pendant la nuit d'autres chiens vinssent la déterrer et s'en repaître, il l'enfouit dans une fosse qu'il recouvrit de grosses pierres et de terre.

Du 18 février au 5 mars, 12 autres brebis tombèrent malades, offrirent les mêmes symptômes et subirent le même sort. L'une d'entre elles ayant été séparée du troupeau et diligemment observée pendant quatre jours, comme les accidents survenus, loin de se mitiger, allaient toujours en augmentant, on se décida à la tuer et à l'enterrer ensuite avec beaucoup de précaution; ce qu'exécutèrent les paysans qui, de peur de gagner la rage, n'osaient pas même en toucher la toison.

---

(1) Présenté dans la séance du 4 mars 1839.

L'autorité gouvernementale de Volterra m'ayant chargé le 5 du mois de mars 1823, de visiter ce troupeau de brebis, je me rendis à la métairie *delle Colombaje*, où, conduit dans la bergerie, je trouvai trente-deux brebis et quelques agneaux nouveau-nés. Parmi ces brebis il y en avait neuf qui présentaient des cicatrices récentes, irrégulières, résultant de blessures reçues en diverses parties du corps, notamment à la tête et aux oreilles. L'une d'elles était assez amaigrie, languissante, affaiblie, et se tenait la tête baissée, tandis qu'il découlait un mucus visqueux de ses narines. Au demeurant, elles mangeaient toutes, ruminaient, buvaient et n'offraient aucun signe de rage développée.

Première expérience.

Le même jour, 5 mars, je fis exhumer la brebis qui, atteinte de la rage, avait été tuée le jour précédent, et ayant pratiqué une petite incision sur la partie latérale de la poitrine d'une chienne de moyenne stature, j'introduisis dans le tissu cellulaire sous-cutané de la bave recueillie à la face interne des lèvres, sur la langue et sur le voile du palais de cette même brebis; à cette humeur je joignis un petit morceau de nerf enlevé d'un membre antérieur du susdit animal, et je terminai mon opération par quelques points de suture à l'effet de réunir les deux bords de la plaie, pour que la chienne ne vînt, en la léchant, emporter la bave et le nerf.

Deuxième expérience.

Le même jour, un gros chien, après avoir léché les lèvres de la brebis déterrée, dont il vient d'être question dans l'expérience précédente, mangea avec beaucoup d'avidité la langue, les lèvres et une glande parotide de cet animal que je lui présentai.

Ensuite ces deux chiens furent conduits et enfermés dans une petite chambre bien aérée de la prison publique de Volterra pour y être retenus, nourris, surveillés et observés pendant soixante jours continuels.

Quarante jours après leur isolement quelques agents de police entrèrent, sous mes yeux, dans ladite chambre, et se mirent à toucher et à caresser les deux chiens qui paraissaient sains, si ce n'est qu'ils étaient amaigris, n'ayant été alimentés, pendant tout le temps de leur séquestration, qu'avec du pain et de l'eau.

Au bout de quelques jours, je visitai moi seul ces deux chiens; je m'approchai d'eux pour les bien examiner, et les trouvai dans le même état.

Enfin le 5 mai, soixante jours après leur incarcération, ils furent derechef explorés; et ayant été constaté qu'ils se portaient bien et qu'ils n'offraient pas le moindre indice de rage, ils furent tués, et cela pour ôter toute occasion à la malveillance de m'accuser d'imprudence ou de me faire des reproches, dans le cas possible où, mis en liberté, ils eussent été accidentellement affectés soit de la véritable hydrophobie rabifique, soit d'une autre maladie quelconque, qu'on aurait pu confondre ou assimiler avec la rage.

Il importe d'ajouter à ces expériences authentiques que je touchai à plusieurs reprises, non-seulement la gueule, les lèvres, la bave, la salive et le sang de la brebis déterrée; mais encore les diverses parties du corps des brebis vivantes hydrophobes; de plus, je me fis par mégarde, une légère écorchure à un doigt en pratiquant l'ouverture du cadavre de la brebis, et bien que je ne prisse d'autre précaution que de me laver les mains avec de l'eau fraîche, je n'éprouvai, par la suite, aucune altération relative dans ma santé.

Quant aux mesures sanitaires du ressort de la police médicale, l'autorité ayant été prévenue aussitôt de ce qui était arrivé à Spicchiajola le 3 février, s'était empressée de faire tuer tous les chiens qui avaient été mordus par celui qu'on soupçonnait être atteint de la rage, et avait ordonné qu'on eût soin de tenir le bouc isolé et séparé des autres animaux domestiques.

Le dindon qui avait été mordu à la tête par le chien furieux, fut tué par le paysan auquel il appartenait, et qui le mangea sans en éprouver par la suite le moindre dérangement dans sa santé.

Pour ce qui concernait les brebis, je recommandai de séparer celles qui avaient été mordues, de celles qui n'avaient souffert aucune lésion apparente; d'isoler celles qui étaient évidemment attaquées d'hydrophobie; et de venir m'appeler, s'il leur survenait quelqu'accident nouveau, pour que je pusse les observer par moi-même.

En outre, je conseillai de faire mettre à la chaîne tous les chiens des paysans des environs; d'immoler sans égard pour personne, ceux qu'on trouverait vagabonds, errants çà et là; et de persister sans relâche dans les mêmes mesures, au moins pendant un mois, c'est-à-dire jusqu'à ce que se fussent écoulés soixante jours depuis l'époque où le chien enragé s'était montré dans les campagnes voisines de la ville.

Le 8 mars, la rage se déclara chez une autre brebis; c'était la quatorzième qui en était affectée. Elle allaitait un jeune agneau qui, quoiqu'ayant été attaché, jusqu'aux derniers moments, au pis de sa mère, n'avait jamais offert aucun symptôme de la maladie; elle mourut peu de jours après, faute de nourriture, le paysan n'ayant pas voulu lui en donner, de peur de la rage, dont il redoutait la contagion (1).

Le 9 et le 10 mars, deux autres brebis du troupeau devinrent hydrophobes.

---

(1) On lit des exemples de l'innocuité du lait d'animaux infectés de la rage dans les *Mémoires de la Société royale de méd.*, tom. II, pag. 91, et dans *N. act. nat. cur.*, v. 1, obs. 55.

Ces trois brebis enragées, réunies et enfermées dans une même étable, présentaient les yeux rouges et brillants; cossaient contre les murs; se heurtaient violemment du front les unes avec les autres; refusaient de boire et renversaient même le vase qui contenait l'eau; sautaient souvent les unes sur les autres à califourchon comme elles ont coutume de faire quand elles sont en rut; ne ruminaient plus, quoiqu'elles mangeassent de la paille; et se précipitaient avec fureur contre les personnes qui se présentaient devant elles.

Troisième expérience.

Le 10 mars, j'ouvris une des veines jugulaires externes de la brebis qui était tombée malade la dernière, et après en avoir laissé sortir environ dix onces de sang, j'introduisis dans la partie inférieure de ce vaisseau sanguin, au moyen d'une petite seringue, environ dix onces d'eau tiède, à la température d'à peu près 30 degrés du thermomètre de Réaumur. — Immédiatement après l'opération, l'animal parut tranquille, calmé, abattu, et se coucha sur le sol. Mais le lendemain il devint plus furieux et plus enragé qu'auparavant, et expira dans le courant de la nuit suivante.

Je me hâtai le 11 mars de procéder à l'ouverture du cadavre.

Les vaisseaux sanguins de la pie-mère étaient légèrement injectés. La substance du cerveau, ainsi que celle de la moelle allongée, de la moelle épinière, voire même celle des nerfs cérébraux à leur origine, ne présentaient pas la moindre altération pathologique, soit sous le rapport de leur densité, de leur cohésion ou de leur consistance normales, soit sous celui de leur couleur; ces parties n'étaient ni injectées, ni hyperémiées. Les nerfs pneumogastriques et le grand sympathique, particulièrement explorés avec attention, n'offraient aucune apparence de phlogose.

La membrane pituitaire était plus rouge que de coutume. La membrane muqueuse du pharynx était tuméfiée, gonflée, boursouflée, comme œdémateuse, et revêtue d'une couche de mucus dense et visqueux. La membrane muqueuse de la trachée-artère était un peu rouge, offrant une arborisation insolite de capillaires sanguins, laquelle acquérait plus de développement au fur et à mesure qu'on approchait davantage de sa bifurcation, et s'étendait, en diminuant par degrés d'intensité, jusque dans les bronches qui renfermaient une humeur muqueuse, fort écumeuse. Dans les divisions bronchiques je rencontrai trois petits entozoaires de la même espèce. L'un de ces vers était vivant, long de 18 lignes, blanchâtre, cylindrique, de la grosseur d'un fil de moyenne proportion, et aminci à ses deux extrémités. Je crus devoir les rapporter à la famille des filaires.

Les poumons étaient crépitants, d'une couleur rose-pâle, sans injection ni engorgement extraordinaire. Le cœur était sain, et ses cavités contenaient peu de sang; il en était de même du système vasculaire sanguin.

Dans le bas-ventre, la panse, le bonnet, le feuillet et la caillette étaient remplis de paille réduite par la trituration en petits fragments tellement amoncelés et réunis ensemble que le premier des quatre estomacs était dur, très-volumineux et occupait à lui seul la moitié de la capacité abdominale.

Le tissu cellulaire sous-cutané, ainsi que le mésentère et ses épiploons étaient dépourvus de graisse.

Réflexions sur les expériences et sur les observations précédentes.

Le petit nombre d'observations et d'expériences relatées, ont été exécutées et tentées dans l'intérêt de la science et de la santé publique avec l'autorisation du magistrat suprême de Volterra.

Un grand nombre de personnes croient que la rage est susceptible de se communiquer, en touchant seulement les animaux qui en sont atteints, même après leur mort, ou en mangeant la chair de ces animaux. De semblables opinions me paraissent trop absolues, et plutôt engendrées par une imagination frappée de terreur que fondées sur les faits examinés attentivement. On admet désormais comme démontré que la rage ne se propage d'un animal à un autre que moyennant l'inoculation de la bave de celui attaqué d'hydrophobie dans une blessure; les autres modes de transmission n'étant pas sanctionnés d'une manière incontestable, en dépit de tant d'exemples spécieux qu'on cite en leur faveur. (Villermé et Trolliet; *Dict. des Scienc. méd.*)

Parmi les quadrupèdes herbivores, il y en a quelques-uns qui lorsqu'ils sont devenus hydrophobes par suite de morsures de chiens, de loups, de renards ou de chats enragés, semblent dépourvus de la funeste et terrible prérogative que possèdent ces derniers de pouvoir communiquer cette cruelle maladie; comme si le venin rabifique ayant chez eux épuisé toute sa virulence délétère, fût devenu impuissant à reproduire la rage dans d'autres animaux; parce que les premiers sont, sans doute, moins disposés, grâces à leur organisation, à la fomenter et à la propager.

M. Huzard, l'un des plus célèbres vétérinaires de l'Europe, dans un mémoire lu à l'Institut de France, a le premier annoncé que les quadrupèdes herbivores atteints de cette maladie, ne peuvent la transmettre (1). Par la suite, des expériences et

(1) Flandrin, cité par Ploucquet (*Letteratura medica digesta*, art. *hydrophobia*) professait la même opinion : *animalia graminivora contagium ulterius non propagant.*

des observations faites à l'école vétérinaire d'Alfort, ont confirmé l'assertion de l'académicien que je viens de nommer. M. Dupuy, professeur à cette école, n'est jamais parvenu à pouvoir communiquer la rage à des vaches et à des moutons, en frottant une plaie qu'il leur avait faite, avec une éponge que des animaux enragés, mais des mêmes espèces, venaient de mordre; tandis que la rage était la suite des essais d'inoculation semblable quand il faisait mordre l'éponge par un chien enragé. En outre, M. Dupuy a vu, dans beaucoup de troupeaux, des moutons attaqués de cette maladie, et jamais celle-ci n'a été communiquée à d'autres, malgré les morsures que ces derniers recevaient quelquefois dans des parties dépouillées de laine, et que la peau se trouvât plus ou moins écorchée. M. Gillman a tâché d'inoculer cette maladie à deux lapins, en se servant de la salive d'un cochon qui en était attaqué; mais il ne put y parvenir. (*Dict. des Scienc. méd.*)

Le résultat de ma propre expérience est parfaitement conforme à celui obtenu par ces illustres investigateurs, puisque la chienne à laquelle j'avais inséré, dans une blessure faite expressément, de la bave et un morceau de nerf d'une brebis morte enragée (1), n'avait présenté aucun signe d'hydrophobie et jouissait d'une bonne santé, soixante jours après l'opération (2).

Par rapport à la propagation de la rage en conséquence de l'ingestion dans l'estomac, de la viande provenant d'un animal mort de cette maladie, il faut être extrêmement prudent et circonspect relativement à l'opinion la plus admissible, parce qu'il s'agit ici d'un objet très-important qui intéresse immédiatement la santé et même l'existence de populations entières; et à cet égard, l'on ne doit adopter de résolution décisive que sur des preuves incontestables et péremptoires, d'autant plus qu'on peut invoquer de graves autorités pour étayer chacune des opinions contraires.

Il ne faut pas abandonner à l'air le cadavre d'un animal enragé, dit l'abbé Rozier (*Cours d'agric.*, Paris, 1789), parce que, outre l'infection produite par la putréfaction, on doit encore craindre que les loups ou autres animaux affamés, en le mangeant ne viennent à contracter la rage. Par conséquent la prudence veut qu'il soit profondément enterré.

Le chevalier Michaelis rapporte que dans la Palestine et en Arabie se trouvent beaucoup de loups atteints de la rage, et en conséquence beaucoup de chiens et de renards par l'entremise desquels la maladie se propage. Si donc, continue-t-il, on trouve dans un champ ouvert un animal quelconque mis en pièces, mais qui n'ait pas encore servi de pâture à d'autres bêtes, on doit toujours redouter qu'il ait été mordu, soit par un chien, soit par un loup, soit par un renard, soit par un chacal enragés, et que partant il puisse communiquer cette terrible maladie à quiconque en mangerait. Ainsi donc, *dans un tel danger il vaut toujours mieux excéder en précautions que d'en manquer.* Fernel rapporte que plusieurs chasseurs qui mangèrent de la chair d'un loup enragé qu'ils avaient tué, furent attaqués de la rage. S'il faut en croire Paulet, des chiens devinrent enragés, pour avoir dévoré les chairs d'un bœuf mort. Lemery raconte que la rage se manifesta chez un chien qui avait léché le sang qu'on tirait à un homme hydrophobe. Un aubergiste du Wurtemberg servit en 1555, à plusieurs de ses hôtes de la viande d'un cochon qui avait été atteint de la rage, et ces malheureux contractèrent peu de temps après cette maladie (Schenckius). Manget apprit de Lanzoni qu'une famille entière de paysans devint la victime de la rage, pour avoir mangé d'une vache qui était morte de cette maladie.

Mais à ces faits apparents, on en peut opposer d'autres, tout à fait contraires, très-nombreux et recueillis dans des temps plus récents, par de grands observateurs; et ces derniers faits ne sont certainement pas moins véridiques que la plupart des observations susmentionnées qui sont peu circonstanciées, tronquées, plus ou moins invraisemblables, et manquent de la majeure partie des caractères nécessaires pour en assurer l'authenticité, puisqu'il est bien démontré, comme le disent les savants rédacteurs de l'article *Rage* du Dictionnaire des sciences médicales, que la rage ne survient jamais quelques heures après sa cause productrice, et que ses premiers symptômes ne sont pas des accès de fureur et des envies de mordre.

Au surplus, comment pourrait-on concilier de semblables assertions avec la pratique des anciens qui, selon Pline et d'autres auteurs, employaient en qualité de remède le foie du chien et du loup enragés, et avec ce que dit Palmarius qui ordonnait de prendre pendant trois jours du sang desséché de ce même animal affecté d'hydrophobie?

Le 25 juin 1776, il arriva qu'à la boucherie de Medolle, dans le Mantouan, on vendit la viande d'un bœuf qui, ayant été mordu par un chien enragé, avait présenté tous les signes d'hydrophobie rabifique. Toute la commune fut saisie d'une très-grande appréhension, mais néanmoins aucun habi-

(1) M. le professeur Rossi, de Turin, croit que le virus rabifique a son siége dans les nerfs des animaux qui en sont affectés.

(2) La rage communiquée aux chiens se développe ordinairement vers le quarante-deuxième jour, et quelquefois un peu plus tard. A l'école d'Alfort, on tient enfermés pendant cinquante jours, les chiens soupçonnés d'avoir été mordus par des chiens enragés. Le docteur Bardsley qui admet que la rage se montre généralement chez les chiens depuis un mois jusqu'à six semaines après la morsure, cite encore, d'après les meilleures autorités, des observations qui porteraient à croire que quinze jours et huit mois sont les deux extrêmes du temps d'incubation de la maladie. Un médecin toscan de ma connaissance, le docteur B. Giuntini, vient de publier l'observation d'un femme sexagénaire *in cui il rabido virus stette innocuo nell' organismo oltre il sesto mese dopo l'addentatura di un cagnuolino fatto arrabbiare, sulla rabbia, ragionamento*; ec. *Firenze* 1838.

tant du pays ne fut affecté de cette terrible maladie (*Mém. de la Soc. royale de méd.*). Le docteur Asti recueillit en 1778, diverses observations relatives à ce sujet. Plusieurs habitants de Pomponesco mangèrent différentes parties du corps d'un cochon qui avait été mordu par un chien enragé, et nonobstant on n'observa pas que la maladie se fût développée en aucun d'eux, quoique à l'époque où l'auteur écrivait, dix-huit mois fussent déjà écoulés depuis l'événement. A ces observations il en ajouta plusieurs autres faites dans des temps différents par quelques-uns de ses amis, observations qui se terminèrent également d'une manière favorable, (J. P. Frank, *Police médicale*). Lecamus, docteur de l'ancienne Faculté de Paris, assura à Lorry d'avoir mangé sans en éprouver aucune conséquence fâcheuse, de la viande d'animaux enragés; et on lit dans une lettre du docteur Louis Valentin que des nègres des États-Unis n'ont éprouvé aucune indisposition après avoir mangé de la viande de cochons morts de rage (*Journ. général de méd.*, tom. XXX) (1). Enfin les expériences qu'on a faites dans l'intention de reconnaître si la rage était susceptible de se communiquer à d'autres animaux, donnent encore plus de poids aux inductions fournies par les derniers faits que je viens de citer, d'autant plus que cette maladie ne paraît pouvoir se propager qu'au moyen de l'inoculation de la bave vénimeuse dans une plaie; et d'un autre côté, admettant que les quadrupèdes des genres *feles* et *canes*, pussent communiquer la rage aux animaux qui en font leur pâture, pour quelle raison devrait-on supposer que la chair des animaux quadrupèdes herbivores, dont la bave est impuissante à produire cette maladie, possède et conserve même après la mort la propriété d'engendrer la rage chez ceux qui en ont mangé?

L'expérience que j'ai faite pour m'éclairer sur cette grave question, ne m'a donné, comme je l'ai dit, qu'un résultat négatif. Parmi le grand nombre de chiens qui, pendant la nuit du 4 au 5 février, vinrent exhumer et dévorer la brebis et les agneaux mis en pièces par le chien enragé, pas un seul offrit le moindre indice de rage, bien qu'il se soit écoulé plus de cent jours depuis cet événement; et moi-même je touchai impunément la laine, la bouche, le sang, les chairs palpitantes de la brebis enragée vivante chez laquelle je répétai l'expérience tentée par M. le professeur Magendie; et puis m'étant fait une petite blessure à un doigt en pratiquant la nécroscopie de la même bête, je n'en ressentis aucune atteinte dans ma santé (2).

De tout ce qui précède il semble donc qu'on est en droit de conclure que les chairs des brebis mortes enragées ne sont pas susceptibles de communiquer la rage, et que, pour s'assurer d'une manière positive si une blessure rencontrée chez une brebis a été faite par un animal enragé, ce serait envain qu'on recourrait au moyen indiqué par Cramer, rapporté et préconisé par l'abbé Rozier; moyen qui consiste à faire une incision superficielle à un chien bien portant, à y introduire, ou à y déposer de la bave de l'animal mort, et pour que le sang qui s'écoulerait alors de la plaie ne vint à préjudicier à l'objet proposé, y introduire en outre de la charpie trempée dans la bave de l'animal suspect. D'une semblable épreuve conclure que, dans le cas où il se passe quelques jours, voire même une semaine, (terme assurément trop bref), sans qu'il survienne aucun symptôme de la maladie, on doit en inférer que l'animal n'était pas atteint de la rage; c'est à mon avis, établir en proposition générale pour tous les animaux un résultat qui est seulement admissible pour les genres *canes* et *feles*, et peut-être pour l'homme, si l'on doit admettre la conclusion tirée par d'illustres expérimentateurs *d'une seule expérience* dans laquelle la bave d'un homme atteint d'hydrophobie inoculée à un chien, fut suivie du développement de la rage chez cet animal; tandis que la bave des quadrupèdes herbivores est dépourvue de cette propriété malfaisante.

L'injection de dix onces d'eau tiède dans la veine jugulaire d'une brebis enragée après avoir préalablement laissé couler du même vaisseau à peu près la même quantité de sang, est une expérimentation tentée à l'imitation de celle faite par l'ingénieux et célèbre professeur Magendie, lequel après avoir tiré 16 onces de sang de la jugulaire d'une chienne enragée, puis injecté dans la même veine 60 onces d'eau à 40 degrés du thermomètre centigrade observa aussitôt après l'opération que l'animal parut tranquille; ses yeux brillants et furieux; ses mouvements rapides et convulsifs; ses hurlements continuels; tous ces phénomènes morbides cessèrent. Mais ensuite la respiration devint difficile et l'animal expira cinq heures après l'opération en conséquence de l'engorgement du poumon, suivant l'expérimentateur, vu que l'injection soudaine d'une grande quantité d'eau dans les veines produit le même effet dans les animaux sains (*Journ. de Physiologie*, N° 1) (1).

(1) On lit une observation analogue, relative à un cochon qui, étant tombé malade quelques jours après avoir été mordu par un petit chien enragé, fut tué, vendu et mangé, sans qu'il s'ensuivit aucune indisposition chez ceux qui s'en nourrirent, dans une dissertation publiée à Florence, par le docteur B. Giuntini, en 1833.

(2) Les annales de la science offrent un grand nombre de faits qui semblent confirmer l'innocuité de la dissection des cadavres humains et d'animaux qui ont succombé à la rage (V. *Dict. des scienc. méd.*, tom. 47, p. 71.). Il y a quelques années, en disséquant, une esquille s'enfonça dans un de mes doigts, l'animal que je disséquais était mort enragé, il ne survint aucun accident (M. le professeur Andral, *Cours d. path. int.*, 1836).

(1) Depuis l'époque où je tentai l'expérience précitée, M. le professeur Magendie a répété deux fois l'injection de l'eau dans les veines de personnes hydrophobes; la première fois chez un homme, en octobre 1823; et la seconde fois

Malheureusement les espérances que cette tentative avait fait concevoir ne se réalisèrent pas chez la brebis hydrophobe, quoique je n'eusse laissé écouler de la veine que dix onces de sang, et que je n'eusse injecté dans le même vaisseau que dix onces d'eau tiède, laquelle n'ayant produit aucun engorgement insolite dans les poumons de l'animal, comme je m'en convainquis à l'autopsie, ne doit pas, ce me semble, être considérée comme ayant contribué à hâter sa mort en produisant cette altération pathologique.

Dans ce cas-ci comme dans bien d'autres, je ne pus parvenir à dévoiler la véritable cause de la mort, puisque, comme il arrive souvent à l'ouverture des cadavres des personnes mortes de la rage, je ne rencontrai de lésions notables que dans les organes digestifs et respiratoires, lésions insuffisantes, selon moi, pour servir à expliquer l'ensemble des désordres qui constituent la redoutable maladie dont il est question dans cette relation.

Épilogue.

Des observations, des expériences et des réflexions que je viens d'exposer, il me semble qu'on peut déduire les conclusions suivantes :

1° Parmi les 46 brebis, avec quelques jeunes agneaux, qui formaient le troupeau, 16 d'entre elles ont été atteintes de la rage.

2° La maladie s'est développée du 15e au 36e jour après celui où elles ont été mordues par le chien enragé.

3° Les brebis atteintes de la rage, mortes de la rage, mises en pièces par le chien enragé, ont pu impunément être touchées et maniées dans toutes leurs parties, sans communiquer cette maladie.

4° La chair des brebis mortes de la rage n'a pas engendré cette maladie chez les animaux qui en ont mangé.

5° De la bave, du sang, un morceau de nerf d'une brebis morte enragée, introduits dans une incision pratiquée à un chien vivant, n'ont pas occasionné la rage chez ce dernier tenu en observation pendant 60 jours.

6° L'injection d'eau tiède dans la veine jugulaire d'une brebis atteinte de la rage, n'a pas correspondu à l'attente qu'en avait fait concevoir M. le professeur Magendie.

Appendice.

Tel était substantiellement le rapport écrit en italien sur les observations et les expériences précitées que je remis vers la fin du mois de mai 1823, au tribunal de Volterra, et qui fut aussitôt transmis à l'autorité gouvernementale suprême de la Toscane qui a son siége à Florence, où j'ai tout lieu de croire, il parvint entre les mains d'un savant professeur de chirurgie de cette capitale (1), avant qu'il ne s'occupât de son mémoire, *Sulla non comunicabilità della rabbia delle pecore in seconda generazione*, que l'on trouve inséré dans le tome IV de la continuation des actes de l'Académie des Georgophiles de Florence, imprimé en 1825 (2).

Le docteur Agostino Cappello a lu le 21 juillet 1823, à l'Académie dei Lincei de Rome, un mémoire sur l'hydrophobie dans lequel il avance que la rage après son premier passage dans un autre animal, sans en exclure les espèces du genre *canis*, ne conserve plus sa propriété vénéneuse, mais reste tout à fait détruite, et partant non réproductible, comme se réproduisent les maladies contagieuses. A l'appui de cette proposition l'auteur cite beaucoup d'inoculations faites avec succès, et pratiquées par lui-même, avec de la bave des chiens morts d'hydrophobie spontanée, ou avec le virus de première origine ; et un grand nombre d'exemples d'hydrophobie non développée chez des animaux expressément inoculés, ou mordus accidentellement par des chiens devenus enragés, en conséquence de virus reçu par d'autres chiens, ou de seconde origine.

On savait depuis longtemps (dès 1792), qu'un chien du professeur Rader, atteint de la rage, ayant mordu plusieurs autres chiens, ceux-ci furent atteints de cette maladie, qui cependant ne se développa point chez aucun des chiens qu'on fit mordre par les premiers infectés.

A l'expérience bien connue de M. le professeur Magendie qui prétend avoir inoculé et communiqué la rage à un chien au moyen de la bave recueillie d'un homme atteint d'hydrophobie (3), et nous apprend que ce chien avait ensuite transmis la même maladie à d'autres animaux, le docteur Cappello oppose les expériences de Giraud, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, qui a inoculé plusieurs chiens avec de la salive prise sur des hommes agités des mouvements convulsifs de la rage, sans qu'aucun

chez un enfant. Ces tentatives ne furent pas couronnées de succès. Le docteur Gaspard ne fut pas plus heureux dans une épreuve semblable qu'il fit chez un homme enragé (*Journ. de physiologie*, tom. 3, pag. 382, et tom. 4, pag. 160).

(1) Qui était alors chirurgien du fisc.

(2) De plusieurs observations recueillies par l'auteur de ce mémoire et d'autres qu'il a pu faire lui-même, il résulte que les brebis et autres animaux du même genre qui, après avoir été mordus par un chien enragé, contractent l'hydrophobie, et en périssent, ne la transmettent cependant pas ; en sorte que le même poison qui les tue, mitigé en eux, ou devenu moins délétère, perd la faculté de nuire à d'autres. En effet, ni la bave, ni autres parties liquides ou solides de ces animaux morts de rage, administrées à d'autres animaux sains, n'ont produit sur eux aucun effet nuisible, comme n'en ont produit sur l'homme leurs chairs employées comme aliment.

(3) L'expérience fut tentée en même temps sur deux chiens, mais la rage ne se montra que chez un seul de ces animaux.

de ces chiens ait gagné la maladie ; et qui a même porté le doigt à nu dans la bouche de ces malades pour s'assurer de l'état de la langue et de la gorge, sans en éprouver jamais rien de fâcheux (*Mém. de la Soc. méd. d'Emulation*).

Les résultats obtenus par l'illustre disciple et collègue de Desault que je viens de citer, invoqués par le médecin Romain, méritent d'autant plus, ce me semble, d'être pris en considération à cet égard, qu'ils sont confirmés par plusieurs expérimentateurs d'un grand poids. Ainsi Vaughan a impunément inoculé un chien avec de la bave prise d'un enfant hydrophobe, et Babington et Cline inoculèrent en vain un chien, trois lapins et un poulet avec de la salive recueillie d'un homme réduit à la dernière période de l'hydrophobie. Cowper, au témoignage de Fothergill, tenta sans succès d'inoculer la rage d'un chien enragé à un chien bien portant. Le professeur Rossi de Turin, assure s'être plusieurs fois inoculé, sans effet, avec le sang et la salive d'un homme hydrophobe. Le docteur Konigsdorfer affirme n'avoir vu résulter aucun inconvénient fâcheux du commerce sexuel et de baisers après le développement de la rage, etc. (1).

On cite cependant des faits publiés dans le *Nouveau Journal de Médecine*, *cahier de janvier* 1822; dans le premier volume du *Journal des sciences et des institutions médicales*, et dans d'autres ouvrages, dont les résultats sont en opposition avec ceux que j'ai rappelés ci-devant.

Dans le village de Tuchebandt, l'hydrophobie régnait dans les troupeaux de bœufs et de chevaux. La maladie y avait été introduite par le chien du gardien de ces troupeaux, comme la chose fut constatée *ex officio*, avant que le professeur Berndt de Greifswald (2) exécutât les expériences que je vais rapporter.

Plusieurs de ces animaux avaient déjà succombé à la maladie, et un cheval malade avait mordu plusieurs de ses compagnons, que l'on crut avoir préservés de la rage au moyen de l'ustion des blessures. L'*hydrophobie*, à ce qu'on assure, *existait dans ces troupeaux depuis quatorze semaines*. Pour sujet d'observation, on choisit un bœuf vigoureux de six ans, atteint d'*hydrophobie sous forme tranquille*.

Le 9 août 1822 (10e jour de la maladie), ce bœuf était réduit à de telles extrémités qu'on pouvait présager avec fondement qu'il allait mourir au bout de 24 ou de 48 heures. *Il était paralysé des jambes de derrière; il n'avait cependant pas d'aversion pour l'eau, dans laquelle il plongeait même la bouche, et le professeur Berndt l'avait vu, le jour auparavant, boire et manger un peu.* Une grande quantité de bave s'écoulait des lèvres et toute la bouche était remplie de salive écumeuse.

Le même jour, ce professeur, en présence du gardien des troupeaux et du docteur Koll, inocula 4 agneaux, en leur faisant, à la partie interne du talon et d'une jambe antérieure, une incision d'un pouce d'étendue dans l'épaisseur de la peau, où il introduisit de la bave recueillie de la bouche du bœuf susmentionné, sans employer aucun bandage pour mettre la plaie à l'abri de l'impression de l'air. Le lendemain matin, les agneaux furent conduits avec précaution à Custrin et enfermés dans un enclos faisant partie d'un jardin. Les incisions qui s'étaient d'abord enflammées vinrent à suppurer dans le courant de la seconde semaine après l'opération. Vers la fin de la troisième, elles étaient toutes cicatrisées. On administra chaque jour à l'agneau no 1, trois drachmes de *genista lutea tinctoria* (1) d'après les préceptes de Marochetti, sous forme de bouillie. Cet agneau fut le premier à tomber malade le 3 septembre, trois jours après la cicatrisation des blessures, mais les progrès de l'affection morbide furent si rapides qu'au bout de 24 heures il présentait déjà des symptômes très graves de paralysie et de météorisme. A l'agneau no 2, on fit prendre tous les jours, depuis le commencement, 10 grains d'hydrarg. muriat. avec 16 grains de belladone en poudre, pour en éprouver la vertu préservatrice; il fut le dernier à tomber malade, le 9 septembre.

Les agneaux no 1 et 2, réduits par la maladie à la dernière extrémité, furent ouverts vivants. Les agneaux 3 et 4 n'eurent aucun remède ; le no 4, tomba malade le 3 septembre et le no 3 le 4 septembre. Le no 4 fut atteint avec tant de violence qu'on le trouva presque moribond dans la matinée, quoiqu'il eut encore bu et mangé la veille dans la soirée. Malgré les plus diligentes investigations l'on ne découvrit chez ces agneaux aucune trace de pustules sous la langue, lesquelles n'existaient pas non plus chez les bœufs attaqués de la même maladie (2).

Dans le cas où les derniers faits fussent indubitablement relatifs à la rage, et non à une épidémie de myélite aiguë survenue dans les troupeaux dont il est question (épidémie dont j'ai eu occasion d'observer un exemple remarquable dans des jeunes agneaux, il y a quelques années), quel parti prendre entre des résultats si opposés à ceux que j'ai fait connaître précédemment, quand, de part et d'autre, les auteurs qui les présentent s'appuient

(1) Puella gravida facta per juvenem infectum, sed rabie nondum laborantem, peperit filiam sanam cum matre superstitem, patre ex rabie mortuo. (J. P. FRANK, *De curand. homin. morbis.*, lib. 7, sect. 2. Ed. Eyercl. Vien. 1805.)

(2) HUFELAND's *Journal der praktischen heilkunde*. Nov. 1824. Neue Erfahrungen und impfversuche, etc.

(1) Les médecins français, anglais, italiens, etc., n'ont pas non plus manqué de faire des expériences avec cette plante ; mais il ne semble pas d'après les résultats obtenus qu'on puisse raisonnablement se confier en son usage dans le traitement de la rage.

(2) Les recherches faites, en France, en Italie, et dans d'autres contrées de l'Europe, infirment également sur ce point l'assertion du docteur Marochetti.

également sur l'expérience? *Rester dans le doute*, comme l'inculque sagement l'auteur du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE VÉTÉRINAIRES, *jusqu'à ce que de nouveaux faits bien constatés et bien avérés, plus constants et plus uniformes dans leurs résultats, soient venus dissiper les incertitudes.*

Quoique Van Swieten ait laissé écrit: *Verum aperta aliquoties cadavera hydrophoborum, nulla inflammationis signa dedisse etiam segitur; celeberrimus meadius pariter fatetur, quod in tali cadavere, in capite, faucibus, pectore et ventriculo, nihil insoliti invenerit*; cependant on ne peut guère nier que des indices non équivoques de procédé phlogistique n'accompagnent les symptômes de l'hydrophobie, et ne se révèlent à l'autopsie cadavérique des individus qui ont succombé à cette maladie. Nous avons souvent trouvé de l'inflammation à l'œsophage, au pharynx, au larynx, et quelquefois au cerveau et à la moelle épinière, dit le docteur Bardsley (*Cyclop. of pract. med.*). Néanmoins, ajoute le même médecin, auteur d'un des meilleurs articles que je connaisse sur l'hydrophobie, on admet généralement que ces altérations apparentes sont plutôt des conséquences que des causes de la maladie; et *bien qu'on les rencontre souvent elles ne sont pourtant, sous aucun rapport, essentielles à l'existence de l'action hydrophobique, puisqu'il est démontré que, dans divers cas où l'ouverture des cadavres avait été faite par des pathologistes illustres et expérimentés, l'on n'a pas trouvé d'altérations morbides sensibles dans aucun organe ou tissu du corps* (1).

Tout récemment le traducteur d'un *cas remarquable d'hydrophobie observé à l'hôpital St.-Barthélemy de Londres*, inséré dans un n° de décembre 1838, de la *Lancette française*, nous apprend que non-seulement *on trouve constamment à la suite de l'hydrophobie, quand les recherches nécroscopiques sont bien dirigées, une méningite spinale aiguë, mais encore une inflammation de la membrane interne de l'arbre artériel. Cette artérite est constante*, ajoute-t-il, *elle est plus prononcée dans les vaisseaux de la moelle* (2).

J'avoue qu'il ne me semble pas qu'on doive admettre en bonne pathologie, sans des preuves ultérieures plus convaincantes que celles fournies par l'auteur de cette traduction, l'existence de l'inflammation de la membrane interne de l'arbre artériel, que j'ignorais jusqu'à présent avoir été constatée, chez les hydrophobes, par plusieurs observateurs, comme il nous l'apprend.

Quant à moi, je me rangerais volontiers à l'opinion de ceux qui croient que le sang constitue l'élément absolu et indispensable pour composer le matériel de l'inflammation; que le travail inflammatoire ne peut avoir lieu où le sang ne parvient pas et ne peut parvenir. Et comme le sang est mis en circulation à l'aide de vaisseaux, et que leurs dernières ramifications, c'est-à-dire les capillaires, constituent le lacis qui compose le réseau vasculaire, lequel se développe dans l'inflammation; la raison enseigne que dans les parties où la nature n'a pas placé de vaisseaux capillaires, le sang ne peut arriver et circuler; ni partant la phlogose s'y manifester.

Or, il n'est pas à ma connaissance que les plus habiles anatomistes, tant anciens que modernes, que les Ruysch, les Mascagni, les Bichat, les Béclard, les Fohmann, les Panizza (1) etc., soient jamais parvenus à démontrer l'existence de vaisseaux capillaires sanguins dans la texture de la membrane interne des artères (2), dont la coloration rouge, quelqu'intense qu'elle soit et dans quelque cas qu'elle arrive, est toujours probablement l'effet d'une imbibition (3).

Liège, 19 février 1839.

ANT. RAIKEM,
Professeur à l'Université de Liège.

(1) Les ouvertures des corps n'ont rien offert de constant, disait M. le professeur Andral, en parlant de la rage. (V. *Cours de pathol. int.*, 1836.)

(2) V. *Encyclographie des sciences médicales*, Bruxelles, janvier 1839, A. pag. 21.

HOPITAL MILITAIRE DE NAMUR.

OBS. I.—*Blennorrhagie; gonflement œdémateux du prépuce; gangrène des téguments de la verge et du scrotum; adynamie; diarrhée dysentérique; réaction, chute des eschares, guérison.* Observation recueillie par M. DAUBIOUL, candidat en médecine, élève médecin de 1re classe à l'hôpital militaire de Namur.

Philipart, 28 ans, bien constitué, est atteint d'une blennorrhagie trois jours après s'être exposé à la contagion, et est envoyé à l'hôpital le 21 février 1839, 2e jour de sa maladie. A son entrée, le

(1) On sait que Bichat révoquait en doute jusqu'à l'existence des prétendus vaisseaux exhalants dans la membrane commune du système sanguin à sang rouge, et la considérait, par rapport au sang, comme une espèce d'épiderme, avec lequel M. Panizza, professeur d'anatomie à Pavie, lui trouve beaucoup d'analogie.

(2) Séparée de la lame cellulaire ou *tunica nervea* de Mascagni, interposée entre elle et la tunique fibreuse, appelée *elastica* par ce grand anatomiste. (V. *Prodromo della grande anatomia di Mascagni*, Firenze, 1819.)

Les vaisseaux sanguins ne peuvent être suivis jusque dans l'épaisseur de la membrane interne. (BÉCLARD, *Éléments d'anat. génér.*, § 362.)

(3) V. *Dictionn. des études méd. prat.*, tome 1er, 1838, art. *Aorte*, par Ph. Rigaud; et *Theoria della flogosi, di Giovani Rasori*. Livorno, Vignozzi. 1837. Libro secondo, cap. XVIII et XIX, pag. 100 e seq.

prépuce, dont la couleur est livide, est refoulé derrière le gland et présente une tuméfaction œdémateuse considérable ; le malade y accuse de la douleur accompagnée d'un sentiment de chaleur et de prurit insupportable ; il existe un écoulement blennorrhagique peu abondant. Au premier examen, je crus reconnaître une *blennorrhagie* compliquée de *paraphimosis*, et j'allais tenter la réduction de ce dernier, lorsque je vis que le gland ne présentait aucune tuméfaction, que le méat urinaire était à peine enflammé, que le prépuce était très-court et qu'à cause de la largeur de son ouverture on pouvait avec la plus grande facilité le ramener sur le gland, qu'il quittait aussitôt qu'on l'abandonnait à lui-même pour reprendre sa première position, en un mot qu'il n'existait aucun étranglement ; le malade me dit qu'il avait le gland habituellement découvert. (*Fomentations d'eau de Goulard.*)

Nuit mauvaise, douleur brûlante, inquiétude, insomnie.

Le 22 à la visite, eschare noire de la grandeur d'un franc au centre de la tumeur signalée la veille, inflammation intense avec gonflement considérable des téguments de la verge dont la couleur est d'un rouge vineux, disparition de la blennorrhagie, face grippée, pâle, peau froide, pouls petit, serré à 120 environ, prostration extrême, langue pâle, humide, soif vive. (20 *sangsues au périnée, bain de siége.*) Ces opérations sont suivies d'un peu d'élargissement du pouls et d'une légère élévation de la température de la peau, ce qui décide à pratiquer une saignée de trois palettes, qui fournit un caillot mou, diffluent et sans couenne.—Le soir, pouls de nouveau petit, serré à 120, face plus décomposée que le matin, extrémités froides, l'eschare a gagné en étendue dans toutes les dimensions, la tuméfaction s'est étendue au scrotum. (*Décoction de quinquina en fomentation sur la verge et le scrotum, limonade sulfurique pour boisson.*)

Nuit mauvaise, selles liquides, noires, fétides, ténesmoïdes incessantes.

Le 23 à la visite, décubitus dorsal, face plus décomposée que la veille, prostration extrême, découragement ; pouls et peau comme la veille, soif insatiable, langue sèche, brune, gargouillement dans les deux flancs ; le scrotum, dont le volume égale celui de la tête d'un enfant d'un an, est mortifié dans presque toute son étendue. (*Lavements de décoction d'amidon opiacés, fomentations et limonade sulfurique comme la veille.*)

Nuit moins mauvaise que les précédentes, quatre selles, dont la consistance est un peu augmentée, mais toujours noires et fétides.

Le 24 à la visite, face moins altérée, découragement moins profond, peau plus chaude, pouls plus développé, soif moins vive, langue humide sur les bords ; la gangrène est limitée, les téguments de la face uréthrale de la verge et ceux du scrotum sont mortifiés dans presque toute leur étendue, la tuméfaction est considérablement diminuée. (*Même médication.*)

Le 2 mars, les eschares sont complètement détachées, la verge et le scrotum dégorgés, les plaies vermeilles et couvertes de bourgeons charnus, l'état général du malade est très-satisfaisant.

Le 10 mai, la cicatrisation des plaies est complète, le scrotum est retracté et comme étranglé à sa partie moyenne, les cicatrices de la verge tirent cet organe un peu en bas et à droite pendant l'érection, la blennorrhagie n'a plus reparu.

Cette observation me semble intéressante sous plus d'un rapport ; je me bornerai cependant à entrer dans quelques considérations relatives à la nature de cette affection et aux causes qui ont pu lui donner naissance.

Ce qui frappe tout d'abord c'est le peu de gravité des symptômes observés au moment de l'entrée du malade. En effet, que trouve-t-on ? une légère blennorrhagie et un gonflement œdémateux du prépuce. Certes, ce ne sera ici, ni dans l'étranglement, ni dans l'intensité de l'inflammation qu'on trouvera la cause d'une mortification aussi prompte, puisque l'étranglement n'existe pas et que les phénomènes inflammatoires ne se montrent qu'avec les premières plaques gangréneuses. En cherchera-t-on la cause dans la prédisposition du malade ? J'objecterai sa bonne constitution et l'intégrité de ses différents appareils. Prétendra-t-on la trouver dans la tendance des inflammations scrotales à se terminer par la gangrène ? Je répondrai que ce n'est pas par le scrotum que le mal a commencé mais qu'il lui a été transmis par continuité. Mais si aucune de ces causes ne paraît suffisante pour expliquer le développement de cette grave affection, ne pourrait-on pas le rattacher à la nature septique des sécrétions vaginales avec lesquelles les parties génitales de cet homme avaient été mises en contact ? et en raisonnant dans cette hypothèse, serait-ce à un degré d'activité du virus vénérien, heureusement inconnu à notre époque, qu'on devrait l'attribuer, ou à une cause septique particulière analogue à celle qui préside au développement des affections charbonneuses ?

Chez notre malade rien ne se passe comme dans l'infection vénérienne; la blennorrhagie disparaît sans traitement spécial, les plaies qui succèdent à la chute des eschares n'ont rien de syphilitique, et aucun symptôme d'infection générale ne se manifeste, tandis que nous trouvons chez lui tous les symptômes d'une des variétés du charbon. En effet si nous exceptons le siège, ne trouvons-nous pas tous les symptômes du charbon des joues et des paupières ?

Si maintenant nous recherchons les causes les plus fréquentes du charbon, nous voyons cette maladie se transmettre le plus souvent aux hommes par des animaux qui en sont atteints, soit par inoculation, soit par l'usage de leur chair comme aliment ; après cette cause viennent les fièvres de

mauvais caractère et les miasmes produits par la décomposition des matières animales. Chez notre malade c'est après un coït avec une femme débauchée de la classe la plus abjecte que se montre cette grave affection, et quoique nous ne rencontrons pas ici les causes ordinaires du charbon, nous en trouvons d'analogues. En effet, si à la viciation des sécrétions vaginales, déterminée par l'irritation de la muqueuse du vagin incessamment entretenue par la répétition du coït, on ajoute la malpropreté habituelle des femmes de cette classe, et peut-être l'existence d'ulcérations de mauvaise nature au col utérin, n'y trouvera-t-on pas des causes de septicité assez puissantes pour donner naissance aux accidents dont il vient d'être question?

C'est d'après ces vues développées par M. le médecin principal Fallot, qu'on a eu recours à une médication antiseptique, qui a été suivie du plus grand succès, nonobstant l'opinion de plus d'un médecin consultant, qui croyaient devoir persister dans l'emploi des antiphlogistiques.

Nous regrettons bien vivement qu'il ne nous ait pas été permis de nous assurer de l'état des parties génitales de la femme, chez qui le germe de la maladie avait été puisé.

Nouvel appareil pour le traitement des fractures obliques du fémur.

A messieurs les membres de la Société de médecine d'Anvers.

Messieurs,

Jusqu'à ce jour la science n'a pas encore produit un appareil convenable pour les fractures obliques des extrémités inférieures. Je crois que celui que j'ai l'honneur de vous présenter pourra être très-utile lorsqu'il s'agit de devoir opérer une extension continuelle, afin que les bouts fracturés se tiennent juxta-posés entre eux et se consolident en prévenant toute difformité physique du membre affecté. A ceci ne se borne pas toute l'utilité de mon appareil, il devient encore favorable dans les fractures compliquées, où il y a de grands délabrements des parties molles, des épanchements sanguins considérables ou autres lésions, parce qu'elles peuvent être pansées à plat sans imprimer le moindre mouvement à la solution de l'os ; circonstance favorable puisque les mouvements déterminent si souvent le chevauchement des bouts fracturés d'où résulte mainte fois des accidents consécutifs très-dangereux qui exaspèrent le mal ou retardent la guérison. Il est encore recommandable sous le rapport qu'il peut rester en place jusqu'au moment de la guérison. Toutefois il est vrai que le malade n'aura pas la satisfaction de pouvoir marcher immédiatement avec des béquilles ; mais ne vaut-il pas mieux pour lui de se tenir pendant un certain temps alité pour acquérir une guérison parfaite que de s'exposer, en se servant de l'appareil amidonné, dans l'espèce de fractures dont je viens de parler? Loin de vouloir nuire aux talents du célèbre praticien, inventeur du bandage amidonné, je dois au contraire avancer qu'il a payé un tribut à la science et à l'humanité, qu'il mérite plus que des éloges et je forme des vœux pour que les fastes médicales retiennent à jamais en mémoire le nom d'un homme aussi distingué. Cependant on doit convenir que l'appareil amidonné ne peut avoir la faculté de présenter une résistance assez convenable pour s'opposer aux déplacements des bouts fracturés dans le genre oblique, surtout quand il s'agit de celles du fémur, etc. Ici le membre est entouré d'une masse de muscles qui se contractent constamment avec force ; de là résulte que les fragments glissent avec tant de facilité, que ce bandage de peut contre-balancer les effets de la contraction musculaire pour s'opposer au raccourcissement du membre. C'est spécialement dans cette circonstance que mon appareil devient infaillible, et qu'il a pour avantage absolu de maintenir la réduction en conservant au membre la longueur et la rectitude naturelles, en lui donnant une stabilité qui doit efficacement consolider les fragments. Il mérite encore d'être signalé par un autre avantage : c'est qu'il ne comprime pas les muscles qui passent sur l'endroit fracturé et que sa force extensive est très-douce et s'exerce avec tant de régularité que le malade ne semble pas s'en ressentir. Enfin, dans les circonstances où ces espèces de lésions déterminent une suppuration abondante ou qu'elles se compliquent particulièrement, mon appareil offre toute la facilité pour prévenir des désordres dans la consolidation de la partie fracturée, tandis que le bandage amidonné réclame des ouvertures répétées pour évacuer le pus, ou pour extraire des esquilles qui s'éloignent du mal, et de là nécessairement il résulte qu'il perd de sa solidité et peut compromettre la guérison.

Mon appareil me fut très-efficace pour un cas de fracture oblique et inconsolidée du tibia avec extrême incurvation en avant : c'est à l'extension continuelle et graduée qu'a été due la guérison.

Daignez agréer, messieurs, les sentiments de respect de

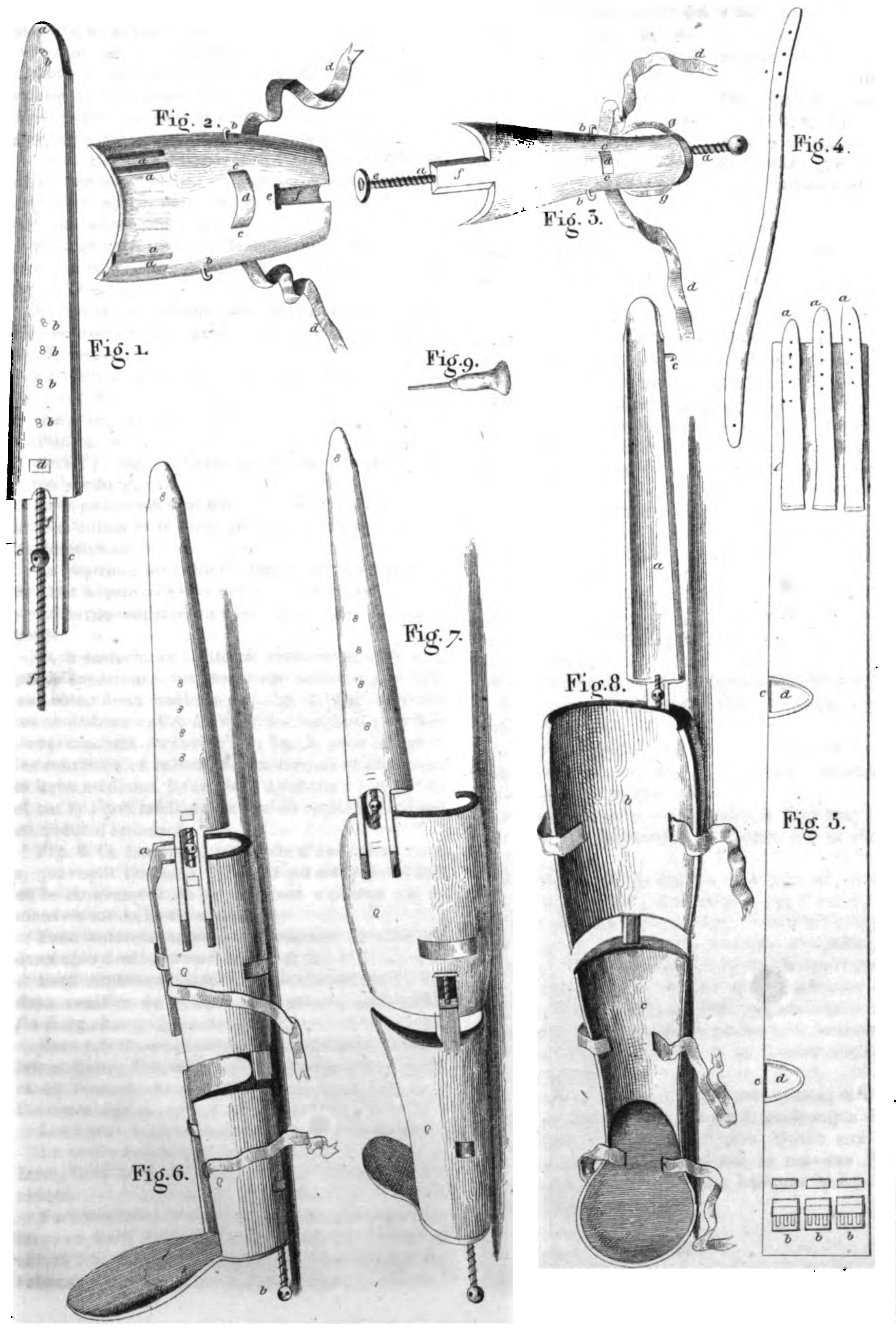
Votre dévoué serviteur,

P. J. Wolfcarius.

§ I. *Description de l'appareil.*

D'après l'auteur, il est spécialement destiné pour obtenir la cure générale des fractures du col du fémur, des fractures obliques dans l'étendue de cet os, du tibia et pour les cas d ecomplication.

L'appareil comprend 1° une attelle, un sous-cuisse et un lien servant à fixer la cuisse contre l'attelle.


Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3.
Fig. 4.
Fig. 5.
Fig. 6.
Fig. 7.
Fig. 8.
Fig. 9.

2° Une gouttière à semelle avec quatre liens en toile et quatre courroies.

3° Une clef ou tournevis.

L'attelle est représentée : fig. 1. Elle est allongée, aplatie et légèrement courbée en forme de gouttière, plane dans sa direction longitudinale : elle offre deux faces, deux bords et deux extrémités.

Face externe : elle est légèrement arrondie et offre plusieurs boutons en cuivre, désignés par les lettres *b b*, fig. 1, qui servent à attacher et fixer le lien qui entoure la cuisse.

Face interne : elle est légèrement concave pour répondre à la face externe de la cuisse, désignée fig. 8, lettre *a*.

Extrémité supérieure : elle est rétrécie et arrondie, offrant à la face externe un bouton en cuivre, fig. 1, lettre *a*.

Extrémité inférieure : elle offre deux coulisses en queue d'aronde *c c*, fig. 1. Entre ces coulisses on trouve une ouverture pour la vis *e*, dont les deux extrémités offrent un pas qui marche en direction inverse *f f*, fig. 1. Cette ouverture conduit à un écrou perdu *d*.

Nous passerons sous silence le bandage de corps, le sous-cuisse et le lien qui n'offrent pas l'intérêt de description.

La gouttière ou boîte est formée de deux pièces, fig. 2 et 3, représentant la face postérieure.

La partie supérieure offre deux faces et quatre bords.

Face postérieure : Elle est arrondie et offre à sa partie supérieure, vers les bords antérieurs de chaque côté, deux couloirs *a a*, fig. 2, qui reçoivent les coulisses *c c*, fig. 1. Vers les bords et plus bas deux crochets en cuivre *b b*, fig. 2, pour attacher les courroies et rubans *d d* au-dessous et plus vers la ligne médiane. Deux chas à rubans *c c*, plus bas et sur la ligne médiane un couloir reçoit la coulisse en queue d'aronde *f*.

Fig. 3. Ce couloir est surmonté d'une échancrure *e*, qui reçoit l'écrou *e*, fig. 3, et qui est le point fixe où le mouvement de va et vient s'exerce par le mouvement de la vis *a a*, fig. 3.

Face antérieure : elle est concave et offre les deux chas à rubans susdits, fig. 8, *b*.

Bord supérieur : il offre latéralement entre les deux couloirs de chaque côté un trou pour la vis *f e f*, fig. 1.

Bord inférieur : il est plane et n'offre que le couloir en queue d'aronde qui reçoit la coulisse *f*, fig. 3 et au bout de ce couloir un trou pour arriver à l'écrou *e*, fig. 3.

Les bords antérieurs sont minces et arrondis.

La partie inférieure de la gouttière offre deux faces, trois bords et la semelle ou extrémité inférieure.

Face postérieure : fig. 3. Elle est convexe, plus large en haut qu'en bas, offrant deux crochets en cuivre *b b*, deux chas allongés pour le passage des rubans et courroies.

Face antérieure : elle est concave et offre les mêmes ouvertures : fig. 8.

Bord supérieur : il offre la coulisse *f*, qui marche dans le couloir *f*, fig. 2.

Semelle : elle présente à sa face supérieure deux chas pour le passage de liens : à sa face inférieure au talon un trou pour le passage de la vis *a a*, fig. 3, qui traverse toute la longueur de la partie inférieure de la gouttière et la coulisse *f* de la même partie.

§ II. *Application de l'appareil.*

Supposons une fracture oblique de la cuisse sans complication : on garnit d'abord la gouttière de compresses pour empêcher l'action de l'appareil sur les parties avec lesquelles il est mis en contact ; on pose la jambe dans la gouttière, on croise les liens sur des compresses et on les attache à leurs crochets respectifs ; ainsi la jambe se trouve fixée.

Ensuite on applique le sous-cuisse par une de ses extrémités au bouton de cuivre que l'on remarque à l'extrémité supérieure de l'attelle, on le passe sous la cuisse, que l'on peut garnir par quelques compresses, et on vient fixer l'autre extrémité également au bouton susdit ; après on engage l'extrémité supérieure de l'attelle dans le gousset *c* du bandage de corps fig. 5, de sorte que le bouton de cuivre donne dans la boutonnière *a* que l'on remarque dans ce gousset, on entoure le corps avec ce bandage et on le fixe au moyen des liens et des boucles : en dernier lieu on fixe la cuisse contre l'attelle au moyen d'un lien en toile.

L'application faite, on n'a qu'à mouvoir la vis *a*, fig. 6, et on opère en même temps l'extension et la contre extension.

Le même appareil sert pour les fractures des deux côtés, et à cet effet on transpose l'attelle de droite à gauche et *vice versa*.

Pour les fractures de la jambe, il faut ôter l'attelle avec ses accessoires et opérer par la vis *b*, fig. 6.

Par rapport à l'application de l'appareil, dois-je vous faire observer, messieurs, que l'auteur ne parle pas des pièces accessoires : car il est évidemment impossible en fait de pratique de guérir par cet appareil, sans moyens pour soutenir la cuisse, une fracture quelque simple qu'elle soit, vu que l'extension à elle seule ne suffit pas mais qu'il faut en même temps soutenir la partie pour maintenir les bouts fracturés en respect et obtenir une consolidation parfaite.

M. Wolfcarius oublie également de nous dire s'il entoure la jambe d'un bandage quelconque dans les fractures de la cuisse, ou non. Quant aux cas de complications, il ne dit pas la manière dont il maintient l'application des topiques qui pourraient être indiqués.

Rapport.

Avant d'entamer, messieurs, la discussion sur la

valeur de l'appareil que nous avons sous les yeux, je crois utile de vous exposer sous forme de propositions simples, l'appréciation de l'auteur à ce sujet : ces propositions sont tirées de la lettre envoyée par M. Wolfcarius à la Société, en date du 20 août 1838.

1° L'auteur croit que la science ne possède jusqu'à ce jour aucun appareil convenable pour les fractures obliques des extrémités inférieures et les fractures compliquées des extrémités susdites.

2° Que celui qu'il a l'honneur de vous présenter remplit toute indication dans les cas pathologiques susmentionnés ; il dit qu'il est spécialement destiné à obtenir la cure générale des fractures du col du fémur, des fractures obliques du même os, du tibia et pour les cas compliqués.

3° Que son appareil est préférable, parce qu'il peut rester stationnaire jusqu'à guérison complète.

4° Que son appareil est préférable à l'appareil amidonné en ce que ce dernier est trop peu solide pour résister dans les fractures obliques du fémur et que dans le cas de complications on diminue encore cette solidité par les incisions et ouvertures à pratiquer.

5° Qu'il a un avantage réel à ne pas comprimer les muscles sur l'endroit de la fracture.

Je passe à l'examen des propositions susmentionnées :

Ire *proposition*. Le grand nombre d'appareils dont les uns plus, les autres moins compliqués, nous prouve suffisamment que longtemps il y a eu lacune dans l'arsenal de la chirurgie pour la cure des cas pathologiques en question ; cependant, messieurs, admettre avec M. Wolfcarius que jusqu'à ce jour ce vide existe, serait être ingrat envers le célèbre Larrey et fermer les yeux sur le mérite d'un compatriote et cosociétaire qui a élevé de beaucoup le bandage inamovible au-dessus de la valeur primitive ; en forme de preuve je me contente de vous citer 1° les observations consignées par Larrey lui-même ; 2° par M. Seutin dans un mémoire imprimé par votre Société ; 3° les faits que certes plusieurs d'entre vous ont eu sous les yeux et ceux dont j'ai été témoin oculaire.

IIme *proposition*. En examinant ce paragraphe vous devez sentir que tous les inconvénients signalés à l'appareil à extension permanente de Boyer, et qui surtout existent à sa partie supérieure, existent aussi pour l'appareil de M. Wolfcarius comme ayant la même structure à la partie supérieure de l'attelle, de sorte qu'il est également inapplicable chez la femme, l'enfant et le vieillard, qu'il irrite les muscles internes de la cuisse, produit leur contraction spasmodique, donne lieu à des eschares et le seul avantage qu'il a sur l'attelle de Boyer consiste dans l'étendue sur laquelle se fait l'extension. Avantage qui est plus réel et moins chèrement retrouvé en combinaisons avec tous les autres avantages que l'indication peut réclamer, dans une méthode plus simple (appareil amidonné) que nous toucherons après. Quant à la cure générale des fractures du col du fémur, l'anatomie pathologique et l'observation pratique ont prouvé à la dernière évidence l'utilité de faire des distinctions dans les fractures du col du fémur. C'est ainsi que l'extension permanente par un appareil quelconque serait nuisible 1° dans les fractures du col au niveau de sa tête, là où toute consolidation est impossible par défaut de nutrition ; 2° dans les fractures intra-capsulaires où les fragments sont très-peu replacés et tenus en rapport par le ligament capsulaire ; tandis que l'extension est utile et indispensable dans les fractures du col extra-capsulaire. Conséquemment la cure générale que notre auteur propose par son appareil pour les fractures du col du fémur est impossible ; même dans les cas où il est nécessaire d'étendre en permanence l'appareil est inadmissible parce qu'il n'empêche pas la déviation de l'os en dedans et en arrière opérée par les muscles fessiers et pyramidal, et que de plus, il offre les défauts signalés plus haut comme l'attelle de Boyer. Les mêmes causes existent pour le rejet de cet appareil dans les fractures obliques du fémur. Quant aux complications, l'auteur croit son appareil préférable parce qu'il permet les pansements à plat : pour les fractures compliquées du fémur il n'offre pas plus de facilité que celui de Boyer ; dans celles de la jambe il en offre moins parce que les deux tiers postérieurs sont emboîtés dans la gouttière et que certes on ne peut les atteindre en cas de blessure, épanchement ou autre complication.

IIIme *proposition*. L'appareil peut rester stationnaire, mais pas toujours sans inconvénients, tout comme celui de Boyer ; 1° moins bien que l'extension dans le lit (méthode reproduite par Gresely) et que l'appareil amidonné ; je dis comme celui de Boyer, parce qu'il offre les mêmes défauts ; 2° moins bien que dans l'extension dans le lit, parce que dans cette méthode la contre extension est plus étendue et plus régulière, tandis que l'extension se fait plus uniformément et sur une étendue que l'on peut augmenter d'après le cas ; et également moins bien que le bandage amidonné, parce que ce bandage aidé d'une extension passagère remplit toute l'indication sans offrir les mouvements signalés dans les autres appareils ; preuve, les nombreux exemples cités dans les recueils et écrits périodiques de la science ; pour mon compte je puis vous citer trois cas de fractures obliques du fémur guéris sans difformité, et un cas de fracture du col du fémur avec raccourcissement de trois travers de doigt guéri avec raccourcissement d'à peine quelques lignes.

IVme *proposition*. Pour celui qui a médité avec attention le mémoire lu par M. Seutin au congrès médical de Liége, en 1836, et les nombreuses modifications dont est susceptible une méthode sans règle fixe, cette objection de peu de solidité n'en est pas une, vu qu'on peut le rendre solide à tout degré ; il est vrai que la solidité n'existe pas dès son application, c'est pourquoi il faut le soutenir par une extension temporaire jusqu'à siccité com-

plète dans les cas où il doit agir en appareil à extension. Pour ce qui regarde l'affaiblissement apporté à l'appareil amidonné par les ouvertures et incisions à faire, on peut compenser cela en rendant le reste d'autant plus solide.

Vme *proposition*. Le même avantage existe dans la méthode de Boyer dans l'extension dans le lit et dans le bandage amidonné qui offre une compression uniforme et douce qui concourt à produire les plus beaux résultats.

Malgré ce qui précède, votre commission pense que l'appareil de M. Wolfcarius est très-ingénieux, qu'il pourrait convenir dans certains cas de fractures, surtout dans celles de la jambe avec complications à la partie antérieure du membre, et que son usage pourrait être très-utilement combiné avec l'appareil amidonné comme moyen extensif temporaire.

Ces motifs nous engagent à vous proposer l'insertion de la lettre de M. Wolfcarius dans les Annales de la Société, de la faire accompagner du dessin y joint et d'accorder à ce médecin le titre de membre correspondant.

J. SCHÆFFER *rapporteur*.
LEVA,
F. L. VAN CAMP, *commissaires*.

Essai sur l'action thérapeutique de la médication vomitive, ou des effets que cette médication peut exercer sur la marche des maladies; par FÉLIX ANDRY, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

(Imprimé par décision de la Société de médecine).

> Cautus sis in emeticis et purgantibus propinandis, iterandis, ne signa saburræ fallacia habeas pro veris. . . . . Si dubites de evacuatione instituendâ notandum eam plerumque plus nocere præter rem factam, quàm omissam ubi fuerat indicata.
>
> (STOLL, *Aphor. de cognosc. et cur. febr.*, 841-843.)

Ce serait, a dit Pinel, un grand et beau sujet à traiter en médecine que celui des maladies qui sont aggravées par un traitement inconsidéré (*Méd. clin.*, par Pinel, 3e édit., p. 485). Telle est la sage et philosophique pensée sous l'inspiration de laquelle j'ai fait choix de la question que j'aborde en ce moment. On peut dire en effet, que, si tout l'art de guérir se réduit dans la pratique à la solution des deux problèmes suivants : quelle est la maladie? quel est le traitement qui lui convient? bien que la solution de la première de ces questions jette le plus souvent un grand jour sur la seconde, parfois aussi elle la laisse encore bien obscure, et qu'en un mot tout n'est pas dans le diagnostic. Parmi ces points litigieux et que le thérapeutiste n'a pas encore pleinement élucidés, on peut citer la question des vomitifs, question souvent débattue depuis quelques années, et sur laquelle probablement la science est loin d'avoir dit son dernier mot.

Fréquemment employés dès les premiers âges de la médecine, non moins considérés par les époques médicales, serviles imitatrices de l'antiquité; parvenus, si je puis ainsi dire, à leur apogée d'illustration vers la fin du dernier siècle, proscrits depuis et comme frappés de réprobation par une école célèbre, les vomitifs sont donc arrivés jusqu'à nous, oscillant comme tant d'autres médications, et ballotés par le flot des différents systèmes.

Dans le conflit d'opinions diverses qui se sont succédées à leur égard, dans ce débat d'assertions souvent opposées, contradictoires, où trouverons-nous le flambeau de la vérité? Qui nous dira si dans les vomitifs nous devons voir une médication dangereuse ou salutaire, une arme de mort ou une ancre de salut ; quelles lois d'ailleurs doivent présider à leur emploi, quelles précautions doivent régler leur usage? Il n'est qu'une voie pour arriver à la clef de ces questions : cette voie c'est l'examen scrupuleux et approfondi des faits; des faits qui, bien observés, devraient toujours constituer en médecine le tribunal des cas en litige, et comme un juge suprême prononcer en dernier ressort et sans appel. C'est donc à des faits cliniques et à des faits sévèrement analysés, que je vais demander la réponse à la question que je me suis proposée.

L'étendue de mon sujet m'imposant le devoir de me restreindre dans de certaines bornes, j'insisterai spécialement sur les cas pratiques pour lesquels la médication vomitive a donné matière à controverse, et je puiserai mes documents principaux de préférence dans nos cliniques médicales, élaguant ainsi de ma question quelques circonstances qui s'y rattachent d'une manière moins intime, ou certaines maladies qui ne se rencontrent pas ordinairement dans nos cliniques. Je ne prendrai pas néanmoins ce programme tellement à la lettre, que je croie devoir m'interdire absolument toute espèce d'excursion en dehors de ces limites quand elle sera réclamée par la matière; mais ces développements supplémentaires ne seront que la partie accessoire du plan que j'ai conçu et qui doit se rattacher essentiellement, je le répète, aux questions litigieuses que soulève l'emploi des vomitifs, et qui ont partagé et partagent encore nos autorités contemporaines.

Avant d'aborder le fond de ma question, je vais consacrer quelques pages à l'étude de l'action physiologique des vomitifs. Je ne m'arrêterai néanmoins

à cette première partie de mon sujet qu'autant qu'elle pourra servir à éclairer la seconde.

PREMIÈRE SECTION. — *Histoire physiologique des vomitifs.*

S'il est une question de médecine pratique qui réclame impérieusement les lumières d'une saine physiologie, on peut bien dire que c'est celle surtout qui fait le sujet de ce mémoire. Aussi, pénétrés de ce principe, les médecins physiologistes en ont-ils fait dans ces derniers temps l'objet spécial de leurs études. Grâces à leurs travaux, on peut dire que peu de questions physiologiques ont été plus clairement élucidées. Je n'entrerai point dans le détail de ces laborieuses recherches; je ne dirai pas comment le résultat auquel elles ont conduit, entrevu déjà par Bayle et Chirac dès le milieu du XVII[e] siècle, puis méconnu par le grand Haller, fut ensuite retrouvé et mis hors de doute par les mémorables expériences de M. Magendie; mais prenant la science telle que l'ont constituée à cet égard cet ingénieux expérimentateur et depuis lui quelques autres, je commencerai, avant d'aborder l'étude des vomitifs et de leur mode d'action, par m'arrêter un instant sur les phénomènes primitifs ou secondaires qui se rattachent au vomissement lui-même. Il faut bien, suivant la pensée de M. Bégin, connaître en quoi consiste cet acte, quels organes l'exécutent, quelles modifications il imprime à ces organes et à la totalité de l'organisation, avant d'employer les substances qui le provoquent (*Dict. des sc. méd.*, article Vomissement). Ainsi donc je partagerai cette section en deux divisions :

1° Modifications fonctionnelles que subissent nos organes sous l'influence d'un vomitif, indépendamment de ses résultats thérapeutiques.

2° Qu'entendons-nous par vomitifs et comment agissent-ils?

1[re] *Division.* — Que se passe-t-il chez l'homme qui va nous offrir le phénomène du vomissement? D'abord un sentiment de gêne précordiale, un malaise vague, indéfini; un visage plus ou moins anxié, de légers frissons, quelques sueurs froides et partielles, les mouvements ralentis d'une respiration suspirieuse par intervalles, une circulation moins rapide, et quelques autres signes moins essentiels, variables d'ailleurs, suivant les individus : tels sont les premiers symptômes de la crise qui se prépare. Bientôt ils prennent pour la plupart une intensité sans cesse croissante; quelques inspirations profondes dilatent le thorax, mais l'air qu'elles attirent n'entre pas tout entier dans les voies respiratoires; de fréquents efforts de déglutition en détournent une partie qui va distendre l'estomac. Alors aussi l'anxiété redouble, le tronc se courbe en avant, la tête se renverse en arrière, le cou s'allonge, la langue s'élargit, et quelquefois sa pointe dépasse les lèvres qui s'arrondissent autour d'elle; en même temps le corps s'agite et se tord comme convulsivement, le ventre et les côtes se dépriment. le front, les mains, les pieds eux-mêmes cherchent un point d'appui résistant; aux inspirations devenues moins profondes succèdent des expirations saccadées, plaintives, et des cris même parfois. Enfin l'air sans cesse appelé par l'œsophage, et qui déjà pourtant s'en échappe en éructations plus ou moins sonores, se refuse à franchir de nouveau le pharynx; celui-ci redouble d'efforts comme pour en introduire une quantité nouvelle, mais tout à coup cette lutte s'arrête et un flot d'air et de liquide jaillit hors de la bouche, soit d'un seul bond, si je puis ainsi dire, soit au contraire par secousses successives et que séparent des crises d'efforts redoublés, douloureux, et quelquefois des angoisses et des cris déchirants. Bientôt cette scène de désordre touche à son terme; les nausées s'éloignent, les cris se taisent, les contorsions s'arrêtent, le calme se rétablit. Alors le visage encore rouge et animé se recompose; les yeux éteints, fatigués, souvent même baignés de larmes, reprennent une expression de paix et de soulagement; le tronc s'affaisse, comme brisé, et redemande la position horizontale, les membres tombent en supination, et une sueur plus ou moins copieuse ruisselle sur tout le corps.

Tel est le tableau que nous offrent les différentes phases du vomissement. Qui ne voit de suite le rôle majeur qu'un pareil acte doit exercer sur tout l'individu? On a dit que l'économie toute entière digère par l'estomac; qui pourrait douter que ce même consensus qui lie toutes nos fonctions au travail normal de cet organe se retrouvât aussi dans l'acte anormal que nous venons de décrire? Entrons d'ailleurs pour mieux nous en convaincre dans l'analyse des rouages divers dont cet acte éminemment complexe exige le concours. L'estomac, comme nous l'avons vu, avant de rejeter ce qu'il contient doit être distendu, gonflé d'air. Telle est du moins la condition la plus ordinaire. Aussi voyons-nous d'abord les puissances inspiratrices entrer en action, et puis le pharynx et l'œsophage charger d'air la cavité stomacale. Nous voyons ensuite se roidir et se contracter, en avant les muscles abdominaux, latéralement ceux des hypochondres et surtout le diaphragme supérieurement, et puis l'œsophage, qui, bientôt se raccourcissant lui-même, entr'ouvre et tiraille en quelque sorte l'orifice cardiaque et se laisse distendre à son tour dans sa partie inférieure par les matières qui sont expulsées, jusqu'à ce que bientôt sa contraction anti-péristaltique, s'ajoutant aux convulsives du diaphragme et à celles de moindre importance dont l'estomac lui-même est le siége,

contribue pour sa part à les projeter au dehors : et ici même encore, c'est-à-dire lors de cette expulsion brusque, soudaine, tumultueuse, quelle harmonie de mouvement, quelle synergie de toutes les fonctions ! Voyez, quand le flot gastrique va franchir l'isthme du gosier, cette colonne d'air qui, s'échappant du larynx au même moment, s'oppose à ce que les moindres particules tombent dans cette cavité que l'épiglotte vient d'entr'ouvrir, entraînée en avant par la langue, ce plan mobile sur lequel le flot doit passer; voyez le pharynx et la cavité laryngienne que leurs muscles élévateurs relèvent à la fois, et puis le voile du palais qui se redresse en arrière comme pour compléter le système de précaution et l'ordre parfait qui président à cet apparent désordre. Et que se passe-t-il pendant ce temps, dans la trame elle-même de nos tissus ? Et en effet dans tout ce que j'ai dit jusqu'ici du vomissement, c'est du vomissement artificiel que j'ai voulu parler et de celui surtout que produisent les vomitifs; or, nous avons à tenir compte à leur occasion d'un élément que je n'ai pas nommé plus tôt parce que son influence n'est suivant moi que secondaire, mais que pourtant il est bien essentiel de ne pas omettre dans l'étude des effets d'un vomitif; cet élément, c'est l'irritation. Arrêtons-nous quelques instants sur ce fait éminemment digne de notre intérêt, fait générateur dont chaque conséquence mérite une étude, et par qui nous allons voir rentrer en action cet estomac jusqu'ici resté presque nul, presque entièrement passif.

Tous les auteurs ont cité, d'après Darwin, le fait de cet homme, qui pour une pinte de substance vomitive rendit par la bouche six pintes de liquide. Qui de nous n'a rencontré des cas sinon identiques, du moins analogues? Qui de nous n'a remarqué qu'aux matières aqueuses vomies d'abord succède ensuite une matière vraiment bilieuse, qui, loin de préexister toujours aux vomitifs, n'est le plus souvent que le résultat de l'extension de son influence excitante sur le duodénum et les voies biliaires, comme le prouve son issue toujours plus ou moins tardive (1)? Je sais que ces évacuations par le haut ne sont pas toujours aussi copieuses que dans le cas cité par Darwin. Je sais qu'elles peuvent même manquer quelquefois, mais alors ne les voyons-nous pas suppléées par des évacuations intestinales, cet accompagnement d'ailleurs si fréquent du vomissement artificiel, et qui nous prouve combien s'étend loin sur le tube digestif l'excitation des vomitifs? et si la science compte des cas où ces évacuations manquent elles-mêmes ainsi que les premières (voy. Magendie, *Mémoire sur l'influence de l'émétique chez l'homme et les animaux*), convenons du moins que ces cas sont assez rares pour devoir être rapportés à des idiosyncrasies exceptionnelles. Ce fait de l'irritation par les vomitifs est donc un fait établi et que d'ailleurs confirment incontestablement les observations faites sur les animaux. Ces observations au reste nous démontrent aussi un autre fait qui n'a été constaté, il est vrai, qu'avec l'émétique, mais qui n'est pas moins important pour nous à noter; c'est la congestion du tissu pulmonaire que l'on trouve gorgé de sang et beaucoup plus foncé qu'il ne l'est normalement (v. le mémoire cité plus haut). Comme la première, cette seconde altération se produit, quelle qu'ait été la voie que l'on ait choisie pour administrer l'émétique. Remarquons même que, quand cette substance a été injectée dans les veines à dose suffisante pour déterminer une mort très-prompte, l'altération des poumons est la seule qu'on retrouve, et que, d'un autre côté, si la même dose d'émétique est introduite dans l'estomac, et qu'une ligature s'oppose à ce qu'elle soit vomie, ses effets délétères surviennent plus lentement; d'où nous pouvons tirer cette double conséquence : 1° que l'émétique agit sur les poumons non moins activement que sur l'estomac; et 2° que tous les effets délétères de l'émétique ne doivent pas être localisés dans l'irritation gastrique, qu'il en est parmi eux qui ont leur point de départ ailleurs. Je pourrais tirer maintenant bien des inductions thérapeutiques de cette double irritation gastrique et pulmonaire. Je pourrais déduire de la première l'action dérivative des vomitifs, et de la seconde l'influence qu'ils peuvent avoir sur les tuyaux bronchiques; mais ce serait anticiper sur la seconde partie de ce travail. Je me contente donc de signaler pour le moment ces applications pratiques sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

J'ai maintenant, d'ailleurs, à rapprocher des faits précédents un ordre de phénomènes éminemment physiologiques : je veux dire les irradiations, soit sympathiques, soit purement nerveuses, qui partent du centre épigastrique à la suite de l'irritation vomitive, ou pour mieux dire sous l'influence des vomitifs. Ainsi, cette sueur abondante qui bientôt inonde la peau, cette muqueuse externe, si je puis l'appeler ainsi, écho fidèle des modifications que subit la muqueuse digestive; ainsi ces affections sympathiques des autres membranes, soit muqueuses, soit séreuses, démontrées par les expériences de M. Magendie, et l'observation des faits cliniques; ainsi cet assoupissement parfois morbide noté souvent à la suite des médicaments émétiques, ce ralen-

(1) La couleur des vomissements bilieux varie en général du jaune au vert. Cette dernière teinte serait-elle le résultat de la précipitation de la matière verte de la bile par les acides de l'estomac, et dès lors l'intensité de sa coloration indiquerait-elle le degré d'irritation de cet organe? C'est à la chimie à résoudre cette question.

tissement du pouls constaté quelquefois, et puis tous ces phénomènes de perturbation nerveuse rapportés à l'action du grand sympathique qui peuvent bien être parfois des résultats heureux voulus par le médecin, mais qui souvent aussi constituent de véritables accidents, par exemple, les convulsions, les lipothymies et surtout l'état adynamique. Si j'ajoute à la série des faits que je viens d'exposer, celui de l'ébranlement général et de la secousse toute mécanique que le vomissement imprime à l'ensemble des organes, j'aurai complété, ce me semble, l'histoire physiologique de cet acte, et si l'on réfléchit maintenant à l'importance de plusieurs des effets immédiats que nous venons de signaler, on verra que réellement un vomitif, ainsi que l'a dit Nysten, crée en quelque sorte dans notre économie une maladie très-aiguë qui se compose de prodromes, de symptômes propres et de phénomènes consécutifs (*Dict. des Sc. médic.*, article Émétique). On aurait tort cependant de mesurer ici la réalité du péril à ses apparences; car il faut convenir que souvent, *dans les cas où l'estomac est sain*, tout ce désordre fait bientôt place à l'ordre le plus parfait, et que nous retrouvons d'ailleurs ici encore la confirmation de ce fait que le tube digestif, sauf les cas où il est primitivement affecté, supporte avec une merveilleuse tolérance le contact des irritants les plus actifs. (*Leçons orales* de M. Andral, Appareil digestif.) Mais je m'arrête dans ces considérations qui m'éloigneraient de mon sujet actuel, et je passe maintenant à l'étude des moyens qui provoquent le vomissement, et du mode d'action de ces moyens; et d'abord qu'entendons-nous par vomitifs?

Deuxième division. Le mot vomitif est un de ces termes qui portent en quelque sorte leur définition avec eux-mêmes. Disons cependant, pour bien préciser le sens que nous lui attachons, que par ce mot nous désignons non pas tout ce qui peut faire vomir, non pas, ainsi que la plupart des auteurs, les substances médicamenteuses qui jouissent de cette propriété, quel que soit leur mode d'administration, mais bien celles que le médecin a coutume d'employer dans le but de provoquer le vomissement. Or, ces médicaments sont aujourd'hui bien peu nombreux; car ils se bornent à deux principaux : l'émétique et l'ipécacuanha, ou son principe actif. En effet, par notre définition restrictive, nous élaguons toutes ces substances minérales ou végétales, qui, passagèrement empruntées par la thérapeutique à la chimie et à la botanique dans le but qui nous occupe, sont restées, malgré ces essais, plus essentiellement consacrées à d'autres usages; ainsi, pour les premières, le kermès, le soufre doré d'antimoine, les sulfates de zinc et de cuivre, le sous-sulfate de mercure, les arséniates de potasse et de soude, etc.; ainsi, pour les secondes, différentes violettes indigènes ou étrangères, certains euphorbes, les feuilles du tabac, les squammes de la scille et une foule d'autres. Je sais que parmi ces substances, et spécialement parmi les minérales, il en est plusieurs éminemment douées de la propriété vomitive, qui, par conséquent, pourraient être employées pour faire vomir, qui même le sont encore quelquefois; mais ces raisons suffisent-elles à les faire classer ici dans une famille de médicaments à laquelle elles n'appartiennent que par des usages exceptionnels? Je ne le pense pas, et d'ailleurs je m'empresse d'ajouter que leur histoire individuelle n'offrant aucun fait spécial important, nous leur appliquerons tacitement ce que nous disons des vomitifs proprement dits. A plus forte raison encore, la définition que nous avons posée éloigne-t-elle toutes ces pratiques ou circonstances diverses sous l'influence desquelles le vomissement peut avoir lieu, et qui sortent presque entièrement du domaine des prescriptions médicales; ainsi, le balancement de l'escarpolette, le roulis d'un navire, la titillation de la luette ou du pharynx, les accès de toux quelque temps prolongés, la distension trop brusque de la cavité de l'estomac, l'adhérence de la grande courbure de cet organe à l'épiploon, d'où résulte dans sa distension même normale l'impossibilité du mouvement ascensionnel de cette courbure, et par suite le tiraillement de l'œsophage, cause presque infaillible de vomissement; ainsi, l'introduction de l'eau dans les veines, l'aspect ou même le souvenir de quelque objet répugnant et un grand nombre d'autres conditions analogues que je pourrais énumérer. Je me contente d'avoir indiqué celles-ci, et je dirai que bien qu'étrangères de leur nature au sujet que je dois traiter, je me suis arrêté volontiers à citer les principales d'entre elles, parce qu'elles pourront nous fournir quelque lumière pour la question que nous devons maintenant traiter : comment agissent les vomitifs?

Si nous cherchons dans les différents auteurs qui se sont occupés de cette matière la solution de ce problème, nous y trouverons les opinions les plus diverses. Les uns nous disent que le vomissement est l'effet d'une irritation produite sur le tube digestif (Guersent, *Dict. de méd.* en 21 v.). D'autres, que les vomitifs exercent une action spéciale, élective, sur ce conduit musculo-membraneux, action analogue à celle des cantharides sur les reins, de l'aloès sur le rectum, du mercure sur les glandes salivaires (Bégin, *Dict. des Sc. médic.*), etc. Aux uns et aux autres je demanderai pourquoi l'émétique agit bien plus promptement introduit par les veines qu'appliqué sur la muqueuse elle-même de l'estomac. D'autres encore placent le point de départ des mouvements qui produisent le vomisse-

ment à l'origine des nerfs qui animent le diaphragme et les muscles abdominaux (Rapport fait à l'institut, par M. Percy, sur le mémoire de M. Magendie, 1813); d'autres enfin dans le grand sympathique. A ces derniers, voici ce que répond M. Magendie : « Ils s'imaginent expliquer ainsi tous ces phénomènes ; mais en cela comme en beaucoup d'autres questions de vitalité ils se paient de mots, et en réalité ils n'en savent pas plus que nous, qui ne craignons pas d'avouer notre ignorance entière sur de semblables questions. » (*Dict. de méd. et chir. prat.*, article Vomissement.) Voilà, ce me semble, un arrêt un peu sévère, et il m'étonne d'autant plus de la part de notre savant physiologiste, que lui-même vient de nous dire quelques lignes plus haut : « Ces effets (il parle alors spécialement des vomissements produits par une impression interne désagréable) dépendent sans aucun doute d'une cause physique, puisqu'on les observe aussi bien sur les animaux que chez nous. » Eh bien ! cette cause physique, bien autrement incontestable après l'administration d'un vomitif qu'à la suite d'une impression morale, pourquoi ne pas chercher à la localiser et pourquoi rejeter ainsi formellement l'intervention du trisplanchnique, quand il s'agit d'un phénomène qui met en jeu tant de ressorts divers, qui soulève tant de sympathies plus ou moins lointaines? J'avoue cependant que le grand sympathique tout seul ne me paraît pas suffire aux difficultés du problème. Oui, sans doute, il est plus d'un vomissement pour l'explication duquel je n'invoquerais certainement pas d'autre point de départ : ainsi les vomissements de l'hystérie, de la grossesse, ainsi ceux qui accompagnent quelquefois le frisson des fièvres intermittentes, etc. Mais combien d'autres reconnaissent indubitablement une tout autre origine! Rapporterez-vous par exemple à la lésion du système ganglionnaire, comme à leur cause primitive, les vomissements de la méningite, ceux du ramollissement cérébral, de l'apoplexie des tubercules du cerveau, et ceux que fait naître le roulis d'un navire et que vous prévenez presque infailliblement si vous pouvez occuper fortement l'attention, ainsi que j'en ai fait plusieurs fois l'expérience? Refuserez-vous d'admettre ici l'action si évidente de l'encéphale? Et ces vomissements, effets de l'inflammation de l'œsophage ou du pharynx, ou même de la titillation mécanique de ces parties, ou bien de la distension trop brusque des parois de l'estomac, et ceux que nous voyons chaque jour nous annoncer les progrès de la phthisie pulmonaire, nierez-vous que le pneumo-gastrique en puisse être l'agent essentiel et primitif? Vous me direz que toutes ces causes de vomissement sont prises en dehors des vomitifs proprement dits. Mais ne pouvons-nous pas éclairer l'action de ceux-ci par celle des autres? Et si nous voyons tant de causes différentes de vomissement se réduire en dernière analyse à l'action ou de l'encéphale, ou du trisplanchnique, ou du pneumo-gastrique, n'est-ce pas déjà pour nous une raison de supposer que les vomitifs eux-mêmes pourraient bien être dans leur action sous la dépendance de l'un de ces trois mobiles? Et en effet, quel que soit le vomitif que vous administriez, quel que soit le mode d'emploi auquel vous donniez la préférence, je défie que vous ne puissiez rationnellement localiser son action première, soit dans l'encéphale, soit le plus souvent dans l'un des deux nerfs que j'ai nommés. Nierai-je pour cela l'action irritante, élective si l'on veut, que telle ou telle substance vomitive exercera sur la muqueuse digestive? Nullement. Mais je ne la considérerai que comme une action secondaire, variable; et je dirai pour résumer ici toute ma pensée, que, si cette substance nous fait vomir, c'est en vertu non pas de cette faculté d'irriter notre estomac, mais en vertu de la propriété qu'elle a, par une raison inconnue, insaisie jusqu'ici, pour ne pas dire insaisissable, d'aller irriter ou plutôt modifier d'une certaine façon, soit l'encéphale, soit le pneumo-gastrique, soit le grand sympathique, agents primitifs, aboutissants isolés, indépendants d'abord de l'excitation première, mais qui, une fois mis en jeu, s'éveillent réciproquement et combinent leur influence. De cette triple origine découlent pour nous avec une merveilleuse évidence tous les phénomènes, soit physiologiques, soit morbides, soit thérapeutiques, prodromes, accompagnements ou effets du vomissement. Je ne reviens point sur les premiers. Quant aux autres, je me contenterai d'indiquer parmi eux la prostration, qui, parfois, succède aux vomitifs dans certains cas de lésions des centres nerveux, les convulsions, les syncopes, etc. ; et parmi les derniers, les sueurs, le sommeil, les différents faits de sécrétion ou d'absorption, etc. Je dois au reste n'insister que légèrement ici sur ces considérations pratiques que nous retrouverons dans la suite de ce mémoire. Je tenais seulement à les signaler pour justifier par avance l'étendue de la dissertation physiologique à laquelle je viens de m'arrêter, et montrer ses rapports avec la partie thérapeutique de ce travail à laquelle je passe maintenant.

SECTION II. — *Histoire thérapeutique des vomitifs.*

S'il est vrai de dire qu'aucune science ne remonte à une antiquité plus reculée que la médecine, puisque l'art de guérir a dû naître du moment où les hommes ont souffert, il n'est pas moins vraisemblable, à mon avis, de supposer que peu de médications sont plus anciennes que la médication vomitive. Penserons-nous en effet que l'homme a été moins

empressé que certains animaux à obéir au besoin souvent instinctif du vomissement, et à rechercher autour de lui les substances capables de le faire vomir? Un mot d'ailleurs sur l'histoire de cette intéressante partie de la thérapeutique.

Le créateur de l'humorisme, Hippocrate, tenait trop grand compte dans la production des maladies, de la bile, de la pituite et de ce qu'il nommait la mélancolie ou bile noire, pour ne pas assigner une importance toute spéciale à l'emploi des vomitifs; aussi les trouvons-nous recommandés dans maints passages de ses œuvres. Précautions même soit préliminaires soit consécutives à leur emploi, choix de la saison ou de l'époque de la maladie, indications qui les réclament, rien n'est oublié. (Voy. *OEuv. d'Hippocr.*, passim, et spécialement *Aphor.*, sect. IV, Aph. 4, 6, 7, 8, 10, 13, 17, etc.) Nous y trouvons même consacré en précepte ce singulier conseil qui fut longtemps suivi par les anciens, dans le traitement de l'embarras gastrique, de gorger l'estomac d'aliments, *copiosiore alimento*, avant d'administrer le vomitif (Aph. 13). Je remarquerai aussi qu'Hippocrate faisait vomir même dans les maladies à forme aiguë, mais dès l'invasion du mal: « Purgandum in valdè acutis, si turgeat materia eàdem die; morari enim in talibus malum est (Aph. 10). »

Chacun sait l'influence toute puissante que devaient exercer si longtemps après lui les idées thérapeutiques de l'oracle de Cos; aussi ne serons nous pas surpris de les voir traverser les différents systèmes qui se succédèrent ensuite et de les retrouver quelques siècles plus tard dans les ouvrages de Celse. Comme Hippocrate, cet élégant écrivain insiste à son tour sur les saisons qui veulent ou excluent les vomitifs (Liv. II, ch. XIII). Comme lui, c'est avec des matières alimentaires qu'il veut qu'on produise dans la cavité de l'estomac, cette distension qui facilite le vomissement (Liv. IV, ch. XII). Je noterai cependant cette restriction dans les conseils qu'il donne en faveur de la médication vomitive, qu'elle n'est pas constamment salutaire aux malades et qu'elle nuit toujours à ceux qui ne le sont pas. « Omne ejusmodi medicamentum... non semper ægris prodesse, semper sanis nocere (liv. II, ch. XIII). »

Deux cents ans après, Galien, héritier et nouvel apôtre des théories humorales du père de la médecine, adoptant et multipliant même leurs applications pratiques, leur prête l'appui de son génie polypharmaque. Ramenant une foule de maladies soit à la pléthore qu'il partage en sanguine, bilieuse, pituiteuse et mélancolique, soit à la cacochymie, c'est-à-dire, à la dégénérescence de nos humeurs, qui peuvent devenir plus chaudes ou plus froides, plus sèches ou plus humides, plus douces ou plus âcres qu'elles ne sont normalement, on conçoit de quel intérêt devait être pour lui l'évacuation de ces matières morbifiques ou *causes internes de maladies*, consacrées par ce grand nom: voilà donc les vomitifs forts, en quelque sorte, d'une autorité toute nouvelle et légués à la postérité. Qu'en advint-il alors? Rien de spécial pour cette médication, si ce n'est qu'elle dut nécessairement assumer sa part dans le culte et la vénération inviolables, voués dès lors et pour si longtemps aux idées du médecin de Pergame. Et en effet ce sont ces mêmes idées que nous retrouvons prédominantes au sein de l'école arabe, où Rhazès, vers le xe siècle, tout en systématisant en un corps de doctrine les théories d'Hippocrate, de Platon et d'Aristote, se pose néanmoins comme spécialement élève de Galien. Bientôt à ce dernier rayon du flambeau médical, vont succéder les épaisses ténèbres du moyen âge. La médecine ne nous offrira plus d'autres représentants que quelques moines plus ou moins ignorants, dont toute la thérapeutique ne sera qu'un informe assemblage de pratiques superstitieuses et de moyens empiriques. Parmi ceux-ci, quel rôle dut jouer encore la médication vomitive? C'est ce qu'il est plus facile de conjecturer que de préciser; mais tout porte à croire qu'elle fut loin de perdre son importance. C'est du moins ce qu'on peut induire, et de cette popularité qu'ont toujours eue, qu'auront toujours chez le vulgaire, les idées humorales les plus grossières, et de plus, d'ailleurs, du texte même de ce qui peut passer pour le Code médical du xie ou xiie siècle, je veux dire les Aphorismes de l'école de Salerne. J'y retrouve en effet, sur la bile, la pituite et l'atrabile, des principes éminemment galéniques, (voy. les aph. 6, 7, 8, 82, 83 et 84), et j'y vois les vomitifs recommandés non pas seulement dans telle ou telle saison, mais comme utiles en tout temps:

« Omni mense probè vomitus confert, benè purgat humores nocuos stomachus quos continet intùs. Aph. 143). »

Cependant la médecine allait tendre bientôt vers une forme nouvelle. La chimie, cette science qui plus tard devait activer si puissamment les progrès de notre art, s'était adjointe à elle avec une allure, il est vrai, bien peu philosophique encore. Mais pourtant de ses laborieux creusets étaient déjà sortis pour nous quelques médicaments nouveaux. Parmi ceux-ci, je citerai seulement l'antimoine, substance depuis bien longtemps employée par le médecin, mais à l'extérieur seulement, et qui devait un jour substituer l'un de ses composés à l'ellébore blanc, cet émétique d'Hippocrate et de Galien. C'est à la fin du xve siècle, que l'on rapporte les premiers essais sur l'administration de l'antimoine à l'intérieur. Vers cette époque, Basile Valentin, de Saint-Benoît, célébra le premier ses propriétés internes, dans

un écrit prétentieusement intitulé : « Currus triumphalis antimonii. »

Trente ans plus tard, le fier Paracelse plaide aussi la cause de ce médicament, dont bientôt l'usage se répand, soit à l'état de verre d'antimoine, soit en solution vineuse, et provoque dans plusieurs cas d'assez fâcheuses conséquences pour qu'en 1566 la Faculté de médecine et le Parlement en interdisent l'emploi. Néanmoins, la chimie continue sa marche, et en 1361, Adrien de Mynsich, médecin du duc de Mecklembourg, compose l'émétique. Cette découverte était à peine arrivée jusqu'à nous, que de nouvelles querelles, et plus violentes que les premières, se soulèvent encore au sein de nos écoles pour et contre l'antimoine; et au premier rang de ses adversaires figure le fameux Guy-Patin, doyen de la Faculté. Au reste, ces fâcheuses disputes ne devaient qu'ajourner l'adoption générale du nouveau médicament. Bientôt ce *tartre stigié* lui-même, comme le nommait Guy-Patin, soutenu par Louis XIV qu'il venait de guérir, prit dans nos officines une place définitive. D'ailleurs quelques années plus tard (1682), une bonne dissertation du docteur Lamy, pour les vomitifs et pour l'antimoine en particulier, mit enfin un dernier terme à cette longue discussion, et peu après (1690), un nouvel auxiliaire de l'émétique, l'ipécacuanha, mystérieusement importé d'Amérique sous le nom de mine d'or et acheté par le roi, vint partager dès lors avec le premier, le privilége de la médication qui nous occupe. Je n'insisterai pas davantage sur ces détails qui appartiennent plutôt à l'histoire pharmacologique qu'à l'histoire thérapeutique des vomitifs; mais je noterai pourtant que, malgré cette association intime que nous venons de voir se former entre la médecine et la chimie, malgré les efforts de certains novateurs, tels que Paracelse qui s'était écrié : « Vos me sectabimini, non ego vos, tu Avicenna, tu *Galene*, etc. » Après lui, l'animiste Van Helmont, et plus tard Sylvius de Leboë, que malgré les travaux anatomiques des Vesale, des Eustachi, etc., je noterai, dis-je, que le galénisme avait tenu bon, et que, dans les querelles si passionnées que je rappelais tout à l'heure, c'est bien plutôt l'antimoine lui-même que le vomitif que l'on prétendait combattre.

Convenons pourtant que ce vieux système touchait alors à son terme; et en effet, pouvait-il longtemps rester debout dans un siècle qui vit naître Galilée, Descartes et Bacon; dans un siècle où l'on commençait à comprendre que l'autorité de l'expérience pouvait bien valoir l'autorité d'un nom? Il mourut donc, mais il ne mourut pas tout entier, et je puis dire même que sous le point de vue par lequel il nous intéresse ici, son influence thérapeutique resta la même. Qu'importait en effet au praticien ou le système dynamique de Borelli, ou l'animisme de Stalh, ou le solidisme d'Hoffman? Et que devait aussi lui importer plus tard, ou les idées de Brown, ou celles de Barthez, ou celles même de Broussais! L'humorisme dont je parle en ce moment, celui sur qui se fonde l'emploi des évacuants, l'humorisme symptomatique, si je puis le nommer ainsi, n'a-t-il pas parlé toujours assez haut pour faire taire au lit du malade toute autre théorie chez le plus grand nombre des médecins (1)? Combien en est-il qui sachent lire au delà d'un symptôme? Combien savent conserver une conviction contraire en présence d'une indication symptomatique? « Quelque dominants qu'aient été les systèmes de médecine professés par des hommes supérieurs, a dit M. Raige Delorme (article Médecine, *Dict.* en 21 v.), les théories humorales, qui paraissent si spécieuses, se sont toujours maintenues parmi le plus grand nombre des médecins, et ont jeté dans le vulgaire des racines difficiles à extirper. » Si ce fait est vrai de l'humorisme en général, à plus forte raison, suivant moi, de celui qui nous occupe en ce moment, de cet humorisme qui a créé les maladies bilieuses, et qui veut qu'on leur applique la médication évacuante. C'est de lui surtout qu'il nous reste maintenant à nous occuper.

On se ferait difficilement idée, quand on n'a pas feuilleté les auteurs du dernier siècle lui-même, des bizarres théories auxquelles resta encore réduite la doctrine humorale en dépit des progrès de la science qui avaient détrôné Galien. Comme ces théories furent celles d'hommes de génie, comme ils en déduisirent pour la pratique cette confiance à l'emploi des vomitifs qui leur survécut et paraît leur survivre encore chez bien des praticiens, je vais en donner ici l'analyse en peu de mots. C'est un moyen d'apprécier la valeur de la médication évacuante que de mesurer l'une des principales bases sur lesquelles elle repose.

On avait cru jusqu'aux dernières années du XVIIe siècle, que notre corps contenait normalement quatre humeurs élémentaires, sang, bile, pituite, ou phlegme, atrabile ou mélancolique. La prédominance soit de leur quantité, soit de telle ou telle de leurs qualités ou l'altération de quelqu'une de celles-ci, expliquait la plupart des états morbides. Voilà le galénisme envisagé dans ses rapports avec la médication vomitive tel qu'il régnait encore au milieu du XVIIe siècle, tel que le comprenait Guy-Patin. La chimie, si peu avancée qu'elle fût encore à cette

---

(1) Il est bien entendu que je ne prétends nullement parler ici de ce tout autre humorisme, qui, basé sur l'étude chimique ou microscopique de nos différents liquides, ouvre aujourd'hui devant l'observateur un champ si vaste et si fécond en résultats de toute sorte.

époque, ne devait pas longtemps permettre cette théorie. Bientôt en effet, on connut mieux, ou plutôt moins mal, les liquides qui nous composent, et l'on proclama que le sang était seul un principe naturel, élémentaire, générateur des autres. Mais renonça-t-on pour cela au phlegme ou à la bile jaune ou noire? Nullement. On dit seulement que ces matières étaient accidentelles et par cela même souvent nuisibles à l'économie. Ainsi le phlegme fut une humeur exprimée en quelque sorte de la trame de nos organes par une force irritante, phlegme qui tantôt ténu, lymphatique, constitue la lymphe, tantôt plus dense la sérosité, tantôt plus visqueux et transparent la pituite vitrée; ainsi la bile jaune, amère, cette bile que l'on vomit n'est point du tout identique à celle que sécrète le foie; autant celle-ci est utile et nécessaire, autant l'autre est nuisible et dangereuse : résidu de digestions mauvaises elle s'amasse et quelquefois se niche entre les plis de la muqueuse digestive, et puis alors, par suite et de ce séjour et de l'action de la chaleur, elle se fonce en couleur ou devient verte et même noire, constituant alors l'atrabile, la plus terrible de toutes nos humeurs viciées, et qui souvent devient si acide, si corrosive, qu'elle tache l'argent! Quelle impression, dès lors, ne doit-elle pas faire sur notre économie! J'extrais ces expressions presque textuellement de l'un des auteurs du siècle dernier (Voy. *les Commentaires sur l'école de Salerne*, édition publiée par le docteur Levacher, 1782). Au reste, la bile jaune elle-même et la pituite jouissent aussi sur nous d'une influence pour le moins aussi fatale. A celle-ci, par exemple, les auteurs rapportent les hydropisies, la toux quinteuse, la cardialgie, etc. Tandis que la première peut donner naissance à la plupart des maladies aiguës, et cela, soit par l'action immédiate de cette humeur sur telle ou telle partie, soit par une irritation purement sympathique. Nos fonctions les plus importantes et entre autres la circulation sont aussi sous sa dépendance, les artères pouvant partager l'irritation qu'elle fait subir à tous nos organes : d'où la fréquence et la dureté du pouls, la rougeur et la chaleur brûlante de certaines parties, etc.

Voilà pourtant, dans toute sa nudité, la doctrine sur laquelle repose cette thérapeutique évacuante des Bordeu, des Stoll, des Zimmermann, des Baillou, des Dehaen, etc., cette thérapeutique qui fit tant de prosélytes qu'elle en compte aujourd'hui encore, que de nos jours il se trouve encore des médecins qui recommandent cette médication anti-bilieuse comme la seule rationnelle dans telle et telle forme de maladie aiguë sous certaines constitutions médicales (voy. la *Gazette médicale*, du 2 mars 1833, p. 174), et qui en opposent les résultats à ceux de médications plus conformes à l'état actuel de la physiologie, que dis-je? de la médecine toute entière. Au reste, la haute renommée et le talent d'observation incontestable de plusieurs de ces maîtres du siècle dernier nous font une loi de ne pas passer outre sans jeter du moins un coup d'œil sur leur pratique. Prenons donc celui d'entre eux qui de nos jours est peut-être le plus fréquemment cité à l'occasion des succès de la médication vomitive; prenons Stoll, et arrêtons-nous quelques instants à l'analyse des observations qu'il nous a laissées.

Deux grands faits principaux ressortent principalement de la lecture des œuvres de Stoll. Le premier est le cachet qu'impriment à la nature et au traitement des maladies les constitutions médicales, soit *stationnaires*, c'est-à-dire résumant en elles les influences spéciales d'un certain nombre d'années consécutives, soit *annuelles*, c'est-à-dire variant avec les diverses saisons d'une même année. Le deuxième est le rôle éminent que peuvent jouer dans toutes les maladies la pituite et surtout la bile. Insistant peu sur les constitutions stationnaires qui ne peuvent être établies qu'au moyen d'une assez longue suite d'années, Stoll cherche à démontrer qu'à moins de dérangements peu ordinaires dans les saisons, les fièvres principales ou cardinales se montrent dans l'ordre suivant : l'*inflammatoire* au fort de l'hiver et au commencement du printemps : la *bilieuse* au cœur de l'été et au commencement de l'automne, et celle-ci, dit-il, tient presque le premier rang, attendu que de tout temps, dans tous les pays, on l'a observée beaucoup plus fréquemment que les autres (*Aphorismes*, p. 90); la *pituiteuse* vers la fin de l'automne et au commencement de l'hiver, et puis à l'époque de transition entre le printemps et l'été : enfin l'*intermittente* au printemps et à l'automne. Quelle que soit la fièvre sporadique qui s'offre à vous, vous ne pouvez en prendre une notion complète (et faire choix d'un traitement) qu'en tenant compte et de la fièvre stationnaire et de la fièvre annuelle régnant alors (Id. p. 236). C'est ainsi qu'à l'époque transitoire entre le printemps et l'été, la fièvre, toute bilieuse qu'elle est, enflamme aisément le sang, de sorte qu'*alors il* est nécessaire de pratiquer d'abord des saignées et même des saignées répétées; tandis que quand l'été est avancé, la saignée doit être très-rare (t. 1er, p. 265); et que, vers la fin de cette saison et au commencement de l'automne, l'estomac et les intestins sont affaiblis et surchargés de saburre bilieuse (t. II, p. 154). Cette quantité ou qualité même de la saburre paraît à Stoll devoir aussi être prise en considération; car, suivant lui, l'humeur bilieuse dépourvue d'une acrimonie particulière produira, par exemple, une pleurésie simplement bilieuse; plus abondante et plus âcre, une maligne; plus âcre encore, une pestilentielle (t. 1, p. 272); et les maladies les plus diverses sont par lui rapportées à cette cause, l'hu-

meur bilieuse : ainsi ophthalmie, pneumonie, pleurésie, angine, frénésie, rhumatisme, scarlatine, etc, (Id., 229). Aussi le voyons-nous souvent ne leur appliquer à toutes qu'une seule et même méthode de traitement, les vomitifs.

Telle est en peu de mots l'essence du fameux système de Stoll. Je ne m'arrêterai point ici à démontrer le peu de solidité des bases sur lesquelles il est fondé. Qu'est-il besoin aujourd'hui de combattre d'aussi frivoles hypothèses! de montrer combien il est peu physiologique d'avancer que dans un été très-chaud la bile est pure et très-mobile, qu'elle est au contraire aqueuse et inerte quand cette saison est humide et froide (t. 1, p. 238); que parfois elle est tenace, visqueuse, difficile à détacher des voies digestives (passim), qu'elle peut même être assez profondément logée pour que l'état de la langue n'en puisse révéler la présence (t. 1, p. 83); que c'est la pituite, soit générale, soit bornée seulement aux premières voies, qui produit les fièvres du printemps, la bile, celles de l'été; la même humeur devenue plus épaisse, celle de l'automne (Id., p. 309), et toutes ces autres rêveries que j'ai indiquées plus haut? On conviendra pourtant qu'ébranler cette base c'est déjà frapper d'un certain coup l'édifice thérapeutique fondé sur elle, que mettre à nu la nullité de ces prémisses, c'est déjà porter une assez rude atteinte à la valeur des conséquences. Examinons néanmoins rapidement à quels résultats pratiques elles ont conduit leur auteur.

J'ai lu et médité Stoll avec une attention scrupuleuse et un esprit dégagé de toute prévention, et j'avoue que je suis encore à y trouver les merveilles de sa médication. J'y ai bien vu en effet quelques cas d'angine, de congestion cérébrale, de rhumatisme, d'hémoptysie même où la guérison paraît pouvoir être assez rationnellement attribuée à l'emploi des émétiques. J'en conviens; mais dans tous ces cas, d'intensité, d'ailleurs moyenne, je ne trouve que la confirmation d'un fait que je suis bien loin de contester, c'est que parfois l'irritation vomitive peut suffire à déplacer une irritation morbide plus ou moins éloignée. C'est là un fait de dérivation ou plutôt de révulsion que les lois ordinaires de la physiologie m'expliquent assez clairement pour que je ne croie pas devoir recourir à son occasion, soit avec Stoll aux mouvements de la bile, soit avec Rasori aux vertus contro-stimulantes de l'émétique. Du reste, y trouvons-nous quelque maladie grave, avancée, quelque pneumonie, par exemple, d'intensité notable dont les vomitifs aient enrayé la marche et accéléré la guérison? Je défie que l'on m'en cite une seule qui ne soit sujette à controverse. Et d'ailleurs comment s'offrent à nous ces diverses observations? Quel vide dans les détails! quel manque absolu de cette rigueur et de cette précision que nous sommes maintenant en droit de chercher dans les faits! Je n'en fais point un reproche à Stoll, observateur laborieux, travailleur consciencieux et dévoué qui reconnaît si bien que c'est à l'observation que toute bonne médecine doit sa naissance et ses progrès (t. 1, p. 176). Mais je m'en prends à son époque si peu faite pour se mesurer avec la nôtre sur le terrain du diagnostic; je m'en prends à cette impuissance matérielle du médecin d'alors que Stoll lui-même avoue si franchement, Stoll, qui, réduit à diagnostiquer une péripneumonie par le plus ou moins de soulèvement de l'un des côtés de la poitrine, déplore les difficultés de ce diagnostic dans le bas-âge, dans les fièvres typhoïdes, etc. (t. I, p. 45); et loin de m'empresser d'admettre aveuglément que certains faits qu'il nous cite méritent en effet toute l'importance qu'on leur a prêtée, j'aime mieux, je l'avoue, n'y voir que des faits improprement dénommés, et dire par exemple avec M. Andral, au sujet de la pneumonie bilieuse de Stoll, que cette prétendue pneumonie qui cédait si bien aux évacuants n'était autre chose qu'un catarrhe pulmonaire avec embarras gastrique et intestinal (*Clinique* de M. Andral, t. III, p. 556). Pourquoi d'ailleurs, s'il n'en est pas ainsi, ces fréquents insuccès naïvement confessés par Stoll, et dans les cas mêmes qui suivant lui indiquent le mieux l'emploi de sa méthode? (t. 2, p. 42 et 43.) Pourquoi ces pleurésies bilieuses, qui, traitées par les vomitifs, n'en subissent d'autre résultat qu'en passant à l'état de fièvres intermittentes? (Id., p. 47.) Pourquoi ces fièvres bilieuses, et au mois de juin, dans lesquelles l'usage longtemps continué de vomitifs répétés n'a d'autre effet que d'affaiblir les malades (t. I, p. 227); et ces pneumonies et pleurésies bilieuses, qui, dans ce même mois, se changent aussi la plupart en fièvres intermittentes par l'usage des fondants, des sels et des éméto-cathartiques? (Idem.)

On cite beaucoup les œuvres de Stoll en faveur de la médication vomitive; on y trouve en effet certains cas à l'appui : j'en ai parlé plus haut. Mais pourquoi ne dit-on rien de ceux où Stoll lui-même avoue l'impuissance, que dis-je? le danger des vomitifs et l'utilité des émissions sanguines? Ainsi la dysenterie (t, I. p. 92), ainsi ces beaux exemples de fièvres typhoïdes, où, dit-il, les vomitifs et les purgatifs furent nuisibles et les saignées salutaires (Idem, p. 65). Stoll préconise souvent l'emploi des évacuants, j'en conviens; il dit que si vous saignez dans une affection bilieuse, la déplétion du système circulatoire n'aura pour résultat que de faciliter l'absorption de la matière saburrale (t. 1, p. 31). Mais par une singulière contradiction il dit aussi, comme nous l'avons vu plus haut, qu'il est des cas où la fièvre bilieuse enflamme le sang, et qu'alors il faut commencer le traitement par la saignée même ré-

pétée (t. I, p. 265); que dans tout concours de phlogose avec d'autres maux, *quels qu'ils soient*, le premier soin qu'on doit avoir est celui de l'inflammation (t. III, p. 238). Qui nous dira d'ailleurs que telle affection est franchement bilieuse ou franchement inflammatoire? Existe-t-il des signes spécifiques pour l'une ou l'autre, des caractères différentiels, infaillibles? non. Stoll en convient lui-même. Je sais que dans ces cas douteux, Baillou, et avant lui, d'ailleurs, les anciens tranchaient la question en faveur de la nature bilieuse et traitaient en conséquence (Voy. ce qu'en dit Stoll, t. I, p. 142). Mais pour lui, il blâme une façon d'agir aussi imprudente et reconnaît que ce diagnostic est quelquefois des plus obscurs (t. I, p. 50 et suiv.). Quel parti prendre dans ces cas difficiles? Stoll nous laisse à cet égard dans notre pénible incertitude.

En résumé, premièrement, Stoll, en traitant les maladies par la médication vomitive, ne se basait pourtant que sur une pure hypothèse, et quelle hypothèse! infidèle en cela au sage précepte qu'il a lui-même posé : Ne faites jamais rien d'important d'après une pure hypothèse ou une opinion (*Aph.*, p. 236). En second lieu, cette méthode ne me paraît nullement avoir obtenu entre ses mains des succès suffisants pour lui mériter la valeur qu'on lui prête quelquefois encore. Au reste, Stoll est loin d'en avoir généralisé l'usage, et il en a reconnu lui-même dans bien des circonstances l'infidélité, l'insuffisance ou même le danger. Aussi, arrivé aux dernières lignes de son ouvrage, dans cet exposé où il a comme résumé en termes aphoristiques les longs souvenirs de son expérience; quand, se recueillant en quelque sorte et rentrant en lui-même, il vient nous jeter son dernier mot sur cette méthode qu'il a si complétement expérimentée, que nous en dit-il? Ces mots que j'ai cru devoir prendre pour épigraphe de ce mémoire : Soyez réservé à donner des vomitifs et à les répéter, de peur de prendre pour vrais des signes trompeurs de saburre... Une évacuation nuit davantage faite mal à propos qu'omise quand elle était indiquée (*Aph.*, p. 237); précieux correctif des exagérations de sa doctrine, mais qui malheureusement passa inaperçu.

Et en effet Stoll mourut en 1788, et chacun sait combien, depuis cette époque, et combien encore, pendant les quinze premières années de notre siècle lui-même, la méthode évacuante a joui d'une vogue universelle. Feuilles périodiques, dictionnaires, écrits de toute sorte, presque toutes les œuvres d'alors ne retentissent que des idées humorales professées par Stoll. « Quelle que soit la maladie que l'on traite, lisons-nous dans le dictionnaire des sciences médicales, si elle est accompagnée d'embarras gastrique, il convient en général de provoquer le vomissement par un émétique. » (Nysten, article Émétique.) L'auteur de l'article Embarras gastrique du même ouvrage nous dit positivement que les matières suburrales peuvent se former primitivement dans toute l'économie et déterminer ainsi les maladies les plus diverses; que l'art doit donc tâcher de les attirer vers les voies digestives, où elles devraient se porter, par de petites doses d'ipécacuanha à de grands intervalles. Mais que dis-je? l'auteur lui-même des phlegmasies chroniques, publiant à cette époque la première édition de ce mémorable ouvrage (1808), paie aussi son tribut aux idées dominantes, et nous conseille les vomitifs contre la première période de la fièvre typhoïde (t. III, p. 205). La chirurgie, dont la thérapeutique interne reflète en général les idées médicales de son temps, nous tient aussi alors un langage que Stoll n'eût certes pas désavoué. « Dans toutes les plaies d'armes à feu, nous dit Boyer, l'état des premières voies mérite une attention particulière.... S'il y a des indices de saburre gastrique, on doit faire vomir le blessé.... Si l'on ne débarrassait l'estomac et les intestins des matières bilieuses et autres qu'ils renferment, leur présence pourrait entretenir la fièvre... et la faire dégénérer en une fièvre bilieuse ou putride (t. I, p. 391). Dans la gangrène d'hôpital l'état des premières voies réclame aussi une considération toute spéciale, et au moindre signe de saburre il faut avoir recours aux vomitifs et purgatifs.... C'est par l'action bienfaisante de ces remèdes que l'on détruit le germe des fièvres humorales, bilieuses, si communes aux blessés qui n'ont pas été évacués à temps, affections qui éloignent toujours plus ou moins la guérison des solutions de continuité et leur impriment très-souvent des complications funestes. » (Id., p. 326.) Je pourrais multiplier ces citations; mais j'ai hâte d'aller en avant et de suivre, d'ailleurs, les progrès de la science, qui malgré cette influence des idées d'une autre époque avait marché néanmoins.

(*La suite à un prochain volume.*)

REVUE MÉDICALE. — Avril 1839.

Quelques aperçus pour servir à l'histoire de l'organe connu sous le nom d'appareil folliculaire intestinal (1).

1. L'organe connu sous le nom d'*appareil folli-*

(1) Le travail que nous publions ici, et qui nous a été communiqué par M. le docteur Jacquart, est le sommaire des recherches de M. Bretonneau de Tours, sur la nature et les fonctions des glandes de Peyer et de Brunner. M. Jacquart

culaire intestinal est regardé jusqu'à présent par tous les anatomistes comme l'agent d'une sécrétion. Les recherches auxquelles j'ai été assez heureux pour participer, et dont je vais offrir quelques-uns des résultats, infirment cette opinion, et assignent à l'appareil folliculaire un autre ordre de fonctions.

2. Dès la fin du dix-septième siècle, Wepfer, Pechin, et quelques autres, signalèrent dans le tube digestif la présence d'un organe jusqu'alors inaperçu. Brunner le découvrit mieux; Peyer l'étudia ensuite avec un soin tout particulier (1), et les deux médecins étrangers rangèrent l'organe qu'ils venaient de faire connaître au rang de ceux qui sont chargés d'une sécrétion.

3. Lorsqu'on examine avec attention l'intérieur d'un tube digestif on aperçoit placés sur la membrane muqueuse, qu'ils écartent, de petits corps arrondis; leur volume est quelquefois celui d'un grain de millet, et, le plus souvent, il est celui d'une petite lentille. Au centre de la dépression qui existe à leur sommet on voit un point noir qui a une grande ressemblance avec l'orifice d'un conduit excréteur.

4. Ces corps sont isolés, ou bien réunis en nombre variable. Dans leur état d'isolement ils sont connus sous le nom de *glandes de Brunner;* dans leur état d'agglomération, sous le nom de *follicules agminés de Peyer*.

5. Les glandes isolées, ou de Brunner, sont répandues sans symétrie dans toute l'étendue du tube digestif, mais pourtant dans un ordre constant et appréciable. Bien rarement on en trouve dans l'estomac, elles sont abondantes dans le duodénum. En s'avançant dans le jéjunum, leur nombre devient moins considérable, et dans l'iléon il s'accroît à mesure qu'on approche de la valvule de Bauhin, où ces glandes sont quelquefois si nombreuses, qu'elles forment une véritable confluence. En les suivant, à partir de ce point, dans le colon, les follicules deviennent de plus en plus rares, et le rectum n'en a que bien rarement présenté à mon observation.

6. La manière d'être des corps qui forment les glandes de Brunner n'est pas toujours la même; il existe dans leur organisation une variété qui n'a encore, je crois, été signalée par personne. Quelquefois ces glandes, au lieu d'être fixées par la membrane muqueuse, proéminent, et cela jusqu'au point de devenir pédicellées : chacune de ces glandes ressemble alors à une très-petite groseille, et le point noir qui existe au centre complète cette ressemblance. Le cadavre d'un sujet mort de la dothinentérie, à l'hôpital de la Maison royale de Charenton, offrait au plus haut degré cette disposition pédicellée que, du reste, j'ai rencontrée peu de fois, ce qui ne semble apporter aucune modification aux fonctions de l'organe que j'étudie ici.

7. Une loi plus générale semble régir la position de la partie de l'appareil folliculaire qui constitue les follicules agminés de Peyer; ils occupent presque toujours la portion de l'intestin opposée à l'insertion mésentérique, par conséquent la plus déclive. La constance de cette disposition a fourni à un savant professeur une indication thérapeutique du plus haut intérêt; et quoique je ne puisse admettre avec lui que l'érosion des plaques de Peyer puisse être toujours la conséquence de leur contact avec des matières fécales altérées, il n'en est pas moins vrai qu'on diminue le danger de cette érosion, quand elle existe, en ne laissant pas séjourner dans le canal digestif des déjections viciées sous l'influence d'une pyrexie.

8. La régularité qui préside à la place qu'occupent les plaques elliptiques se rencontre encore pour leur nombre. Si la plaque qu'on trouve aux environs de la valvule iléo-cœcale, et qui ordinairement est la plus étendue, a des dimensions considérables, à un peu de distance de celle-ci on en trouvera une moins grande; les plaques seront ensuite d'autant plus éloignées les unes des autres, et d'un volume d'autant plus restreint, qu'on les examinera plus près de l'origine du conduit digestif. Si la plaque que l'on trouve à la valvule iléo-cœcale est très-petite, le nombre de celles qui existeront sera très-faible, et s'épuisera vite : si elle est rudimentaire, elle sera unique.

9. On trouve des glandes isolées de Brunner dans toute l'étendue du canal intestinal; les follicules agminés n'existent que dans l'intestin grêle, et, comme je l'ai déjà dit, en plus grand nombre aux environs de la valvule iléo-cœcale, où ils cessent brusquement.

10. Les glandes isolées et les follicules agminés présentent à l'observateur de nombreuses différences de vacuité ou de réplétion. En multipliant les recherches destinées à faire connaître les causes de ces différences on ne tarde pas à s'apercevoir qu'elles tiennent à l'état de la digestion : ainsi chez un animal qu'on immole quelques instants après un repas copieux, l'appareil folliculaire, soit isolé, soit agminé, est saillant, turgide, et chacune des utricules dont il se compose est remplie d'un liquide blanc crémeux, entièrement semblable à du chyle; au contraire, chez un animal qui ne meurt qu'après une

---

est un des anciens élèves de M. Bretonneau, et il a aidé souvent ce dernier dans ses travaux anatomiques.

(Note du rédacteur.)

(1) « Nos ineunte hac hieme animalium brutorum, cadaverumque humanorum anatomiæ vacavimus : in iis glandulas intestinales de quibus tu laboriose sollicitus aliquando fuisti potissimum in scænam produximus.» (Exercitationes anat. med., p. 130).

longue abstinence, l'appareil folliculaire est déprimé, affaissé par l'entière vacuité des utricules.

11. Un assez grand nombre de sujets que la mort venait de surprendre au milieu de l'exercice de la pleine santé ont pu être soumis à mon observation. Chez tous, l'appareil folliculaire était saillant, turgide, par conséquent facile à trouver; chez ceux, au contraire, qui avaient succombé à une longue maladie, chez lesquels une longue abstinence avait précédé la mort, il était si déprimé, si affaissé, qu'il fallait, pour le découvrir sous la membrane muqueuse, et la connaissance exacte de la place qu'il occupe, et l'habitude que donne la pratique de sa recherche.

12. La turgescence de l'appareil folliculaire pendant le travail de la digestion n'est point générale; elle n'a lieu que partiellement, et seulement lorsqu'elle est provoquée par la présence alternative d'une portion de la masse alimentaire. Hors cette présence, et dans les anses intestinales vides, l'appareil folliculaire est déprimé : ainsi donc la vacuité de l'appareil folliculaire peut être totale; sa turgescence ne sera jamais que partielle, que bornée aux points qui sont sollicités par le contact d'une partie du produit de la digestion.

13. Ces alternatives de turgescence et de vacuité s'étaient aussi présentées à Peyer, comme le prouve le passage suivant d'une de ses lettres à son disciple et continuateur de ses recherches, Jacobus Harderus : « Ventriculi et intestinorum glandulas nuper » in cadavere mulieris torosæ, quæ laqueo vitam finivit, et cultro meo in prædam cessit, elegantissime conspexi ac demonstravi pluribus, in cœco, » colo et recto. »

14. Si la réplétion de l'appareil folliculaire sur un sujet que la mort surprend dans le plein exercice de la vie est parfaitement indiquée par le passage précédent, la possibilité de sa disparition à la suite d'une longue abstinence se déduit de la citation qui va suivre : « In cadavere hydropici quem sex diebus » post secui, glandulas easdem persequi nisus sum, » sed irrito successu, forte quod diuturnitate morbi » fatiscente illarum usu, ipsæmet quoque disparue» runt. »

15. Il est difficile de rien trouver de plus concluant et de plus positif que ces deux passages si courts et pourtant d'une description si fidèle. Sur le cadavre de cette robuste femme, qu'une mort subite et soudaine livre au scalpel de l'anatomiste, l'appareil folliculaire doit être en pleine turgescence; Peyer doit facilement le rencontrer et le montrer à de nombreux assistants. Chez cette hydropique qui ne meurt qu'après une longue maladie, les recherches de l'appareil seront infructueuses; il disparut annihilé par sa vacuité.

16. La présence ou l'absence de l'appareil folliculaire, son développement, son état rudimentaire, ne semblent point influer d'une manière appréciable sur l'activité de la digestion, sur l'énergie ou la faiblesse de la nutrition. J'ai rencontré un appareil folliculaire très-développé, très-multiplié, sur des sujets faibles ou amaigris; le même appareil presque avorté sur des sujets athlétiques ou obèses : le contraire s'est aussi présenté à mon observation. La connaissance plus exacte des rapports de l'appareil folliculaire avec la digestion, et le classement définitif de ses fonctions, pourront sans doute éclaircir ce point de physiologie.

17. Lorsqu'à la suite d'une longue inanition les follicules isolés sont tellement atrophiés, qu'on peut à peine les découvrir après une recherche intelligente et attentive, les plaques elliptiques, que leur dimension plus considérable et leur place plus déterminée font toujours découvrir, présentent l'aspect particulier qui lui a fait donner le nom de *gaufrées*. Cette disposition est due à la vacuité absolue des utricules. L'affaissement qui résulte de cette vacuité permet à leur point de jonction de faire une saillie réticulée, aréolaire, saillie qui était insensible lors de la réplétion de ces cavités.

18. Toutes les classes d'animaux vertébrés sont pourvues d'un appareil folliculaire qui présente de classe à classe, d'ordre à ordre, des différences remarquables. L'étude de ces différences, tout à fait du domaine de l'histoire naturelle, exigerait, pour être complète, des recherches d'anatomie comparée d'une étendue plus considérable que ne peuvent me le permettre et ma position et le temps dont je puis disposer.

19. J'ai dit que l'appareil folliculaire présentait des alternatives de vacuité et de réplétion. Il était tout naturel de penser que ce changement d'état avait lieu à la manière des autres organes sécréteurs, qu'une accumulation de liquide élaboré dans l'intérieur de la cavité causait la réplétion, que de l'émission de ce liquide résultait la vacuité. L'observation fait voir que cette supposition n'est pas fondée; elle montre que les cavités des corps arrondis qui constituent l'appareil folliculaire ou isolé ou réuni sont dépourvues de canal excréteur, sont entièrement fermées.

20. En soumettant à un fort grossissement une des utricules de l'appareil folliculaire, la distension du point noir placé au centre fait bientôt découvrir sa véritable structure. Il ne paraît plus alors que la terminaison d'un enfoncement peu profond, et il n'est plus permis de le regarder, ainsi qu'une certaine analogie l'avait jusqu'alors fait supposer, comme l'orifice d'un produit excréteur; ce n'est plus, pour me servir d'un terme consacré en anatomie descriptive, qu'un trou borgne.

21. De quelque soin qu'on s'environne, quelle que

soit l'habitude de la main, toutes les tentatives pour faire pénétrer dans le prétendu conduit un fil souple et délié restent sans résultat.

22. Si on presse avec précaution, et pourtant avec quelque force, une des utricules turgides, on ne peut, malgré l'attention qu'on apporte à cette opération, faire suinter au dehors le liquide renfermé dans la cavité. L'effet de la pression peut, par son exagération, faire céder les parois de la cavité ; jamais elle ne fait sortir, par ce qui semble l'orifice du canal, la plus petite quantité de liquide.

23. Tous les doutes qui subsistaient encore sur l'existence d'un conduit excréteur, après l'inspection microscopique, le défaut de pénétration d'un filament délié, et l'impossibilité de faire surgir un liquide par la pression, devait être éclaircis par l'injection. En effet la disposition flexueuse du conduit pouvait en imposer à la vue ; la multiplicité des courbes, peut-être même une disposition valvulaire, présenter un obstacle capable d'arrêter le filament le plus ténu, le plus élastique, la plasticité du liquide s'opposer à sa sortie. Si replié, si étroit de diamètre que soit un canal, l'expérience a démontré que le mercure pouvait le parcourir, indiquer son existence, sa forme, sa longueur. Le résultat de l'injection mercurielle est encore négatif.

24. Après avoir fixé un très-petit tube de verre à une vessie natatoire de carpe, j'effilais à la lampe l'extrémité libre de ce tube, qui était ainsi rendu aussi capillaire et aussi résistant que possible. Je l'introduisais ensuite avec lenteur et précaution sous la membrane muqueuse, et je le faisais arriver au centre même de l'une des utricules de l'appareil folliculaire. Par une légère pression exercée sur le réservoir, le mercure pénétrait par globules déliés. A mesure que la quantité en augmentait, l'utricule devenait saillante et prenait la forme qu'elle revêt dans l'état de turgescence. Jamais alors, à quelque point que cette turgescence ait été portée, le mercure ne s'est échappé au dehors, n'a trouvé de chemin tracé pour sortir de l'utricule.

25. En continuant à faire arriver du mercure dans l'utricule, la résistance des parois de cette cavité cessait d'être en rapport avec la pression exercée par la matière de l'injection ; bientôt ils cédaient et toujours à la périphérie, à la jonction du segment de sphère supérieur avec l'inférieur, et le mercure, sortant rapidement par le chemin artificiel qu'il s'était tracé, se répandait alors dans les mailles du tissu cellulaire, sans ordre et à la manière de l'air dans les affections emphysémateuses. J'ai répété à satiété cette injection de l'appareil folliculaire de l'homme et des animaux sur lesquels cette injection peut s'exécuter, sans obtenir jamais un autre résultat.

26. La dissection vient, en révélant la structure intime de l'appareil folliculaire, confirmer ce que les recherches qui précèdent avaient établi. En coupant avec des ciseaux fins toute la périphérie d'une utricule folliculaire, la cavité que l'on découvre n'est point sphérique ; elle est annulaire, elle entoure un centre formé par une bride attachée de l'une à l'autre part de l'utricule. Le point noir que j'ai signalé est formé par l'attache supérieure de cette bride centrale ; on conçoit dès lors comment, maintenu à une distance déterminée par cette attache, il peut, lors de la turgescence de l'utricule, devenir le centre d'une dépression, et acquérir l'apparence de l'extrémité d'un conduit.

Ainsi donc, il est avéré que chaque utricule dont se compose l'appareil folliculaire est une cavité fermée de toutes parts, sans communication patente avec le tube digestif. Pourtant, dans des circonstances qui coïncident avec quelques-unes des phases de l'acte de la digestion, cette cavité se remplit, se vide. Il n'y a dans la machine humaine rien de parasite ; chaque organe a sa fonction, chaque sécrétion, son emploi, et le liquide que l'on trouve accidentellement dans les cavités folliculaires doit avoir aussi sa destination prévue, utile. Ce liquide est-il sécrété à l'intérieur de ces cavités pour ensuite être versé sur la pâte chymeuse et lui imprimer un changement utile à ses évolutions? l'appareil folliculaire est-il alors un organe sécréteur? ou bien le liquide est-il absorbé dans un produit déjà élaboré de la digestion, pour ensuite être porté dans le torrent circulatoire? l'appareil folliculaire est-il alors un organe d'absorption? L'une de ces deux suppositions doit avoir pour elle la vérité; cherchons à la connaître.

Lorsque j'examine un organe sécréteur, à quelque ordre qu'il appartienne, je lui vois une structure qui ne change que dans l'agencement de quelques-unes de ses parties. Il lui faut un tissu pour élaborer un liquide, un conduit pour verser, ou directement, ou dans un réservoir, le liquide élaboré. Son action est incessante, ou il perd son état normal; quelques circonstances peuvent accélérer chez lui l'activité de la sécrétion dont il est chargé, en modifier le produit et non pas le faire naître ; son existence est nécessaire, constante, limitée dans son étendue, et sa place, invariable. Tout organe qui ne remplit pas ces conditions ne peut pas être un organe sécréteur. Ces conditions constitutives que je viens d'énumérer, je les cherche dans l'appareil folliculaire, et je n'en trouve aucune. L'anatomie ne me montre qu'une cavité entièrement isolée, nulle des dispositions de structure que présentent les glandes ; l'injection mercurielle qui fuit en dessinant si nettement les contours du conduit excréteur le plus délié reste prisonnière dans un sac sans ouverture. L'activité de l'appareil folliculaire peut être suspendue sans qu'il perde son état normal ; c'est seulement dans ces circonstances données qu'apparaît le fluide qui

distend ses utricules. Enfin son existence ne semble pas absolument nécessaire. Cette manière d'être est trop différente de celle des organes sécréteurs pour qu'on puisse ranger parmi eux l'appareil folliculaire, car l'uniformité de structure entraîne toujours la similitude des fonctions que la différence éloigne. L'appareil folliculaire qui manque de toutes les conditions indispensables à la sécrétion n'est donc pas sécréteur; il ne verse pas sur la masse alimentaire le liquide qui distend ses utricules. Ce liquide a une autre origine que la sécrétion, un autre but que celui de modifier le produit de la digestion.

L'une des deux suppositions que ces études sur l'appareil folliculaire m'ont conduit à établir vient de disparaître devant l'énoncé de faits matériels qu'il m'est impossible de ne pas admettre, et qui ne m'ont pas permis d'échapper à la conséquence rigoureuse que j'en ai tirée. Jusqu'à cet instant ma tâche a été exempte d'embarras sérieux; c'est à l'aide d'assertions qu'on peut soumettre à chaque instant à une vérification aisée que j'ai établi la négation d'une fonction jusqu'alors admise. Mais pour faire recevoir l'autre attribution comme vraie, pour prouver la qualité absorbante de chacune des utricules de l'appareil folliculaire, j'ai quelques difficultés à surmonter, et surtout à me défendre des causes d'erreurs que peuvent faire naître et l'entraînement et les idées préconçues. En effet, la classification de l'appareil folliculaire est d'autant plus embarrassante, que cet organe est entièrement isolé dans l'économie animale, qu'il n'a point d'analogue à qui on puisse demander le secret de ses fonctions et que pour le surprendre il faut avoir recours à un autre genre d'investigation, et demander à un autre règne, à une autre organisation, une analogie capable de fournir, sinon des preuves convaincantes, au moins des satisfaisantes inductions. Peut-être que cette analogie que je crois avoir trouvée, et que je vais invoquer, paraîtra trop éloignée pour déterminer à conclure avec moi. C'est le sort de toutes les hypothèses de ne pas être généralement admises; c'est le devoir de ceux qui ont cru en trouver une fondée de la présenter. Dans tous les cas, cette discussion aura été utile, si elle a appelé l'attention sur un organe dont l'importance n'a pas encore été assez justement appréciée. Deux maladies d'une déplorable fréquence l'affectent, et assurément les rapports qui existent entre la lésion aiguë de l'appareil folliculaire et la durée de la fièvre dothinentérique, et la lésion chronique du même organe, dans la phthisie tuberculeuse, sont assez étonnants pour faire désirer, sur ce singulier organe, des notions précises.

Des expériences qui ne datent pas encore de bien longtemps, pourtant bien vite popularisées par ce qu'elles ont d'ingénieux et par la révélation de quelques phénomènes jusque-là inexpliqués, ont montré que toutes les fois que deux liquides, différents de densité ou de composition chimique, n'étaient séparés que par une membrane organique, c'est-à-dire perméable, un courant s'établissait aussitôt, qui poussait avec une énergie inégale l'un des deux liquides vers l'autre. Une vessie natatoire de carpe, une anse d'intestin liée par les deux bouts, à moitié remplis d'une solution mucilagineuse, et plongés dans de l'eau, absorbent dans un temps très-court autant de ce liquide que peut en contenir la cavité distendue jusqu'à l'épuisement de l'élasticité de ses parois. Cet état de distension a été appelé turgescence, et la force qui l'a produit a reçu le nom d'endosmose. La reproduction de ce phénomène est certaine toutes les fois que les conditions que je viens d'énumérer sont remplies. Dans la nature organique végétale, où la disposition qui fait naître l'endosmose est à chaque instant répétée, son action est constamment appréciable, et, suivant un de nos plus savants physiologistes, elle est la cause immédiate de l'ascension de la séve chez les végétaux.

Des utricules sphériques, sans communication appréciable avec le reste de la plante à laquelle elles appartiennent, par conséquent d'une organisation assez rapprochée de celle de l'appareil folliculaire, terminent les radicules des végétaux. Ce sont ces utricules qui sont chargées d'absorber dans le sol les matériaux de la nutrition. Comme les utricules de l'appareil folliculaire, elles ont des alternatives de vacuité ou de réplétion; si le sol dans lequel elles plongent contient de l'humidité, elles se rempliront, elles deviendront turgides; si l'humidité a été soustraite, elles s'affaisseront, se videront, et l'observateur pourra à son gré faire varier ces deux états, suivant qu'il ôtera ou qu'il restituera à la terre où végète une plante, l'humidité dont elle a besoin pour devenir féconde.

Ce que je viens de dire de la force qui pousse un liquide dans un sac sans ouverture, les rapprochements que je viens de signaler entre l'organisation de l'appareil folliculaire et l'organisation des utricules, principal agent de l'absorption, leur aptitude à revêtir des états semblables sous une même influence, pourront-ils suffire pour établir une analogie convenablement explicative des fonctions de l'appareil folliculaire? Pour moi, je n'hésite pas à le penser, et à regarder l'appareil folliculaire comme un organe d'absorption. Cette opinion que j'émets, et que cependant je n'ai adoptée qu'après l'épuisement de toutes les autres conjectures, sera-t-elle généralement admise? Je l'espère; car, ainsi que je l'ai déjà dit, la similitude d'organisation entraîne nécessairement la similitude des fonctions, et l'appareil folliculaire ne peut être qu'un organe d'absorption, puisqu'il a, avec un organe évidemment absorbant, une similitude presque absolue. Sans

doute il aurait mieux valu que la nouvelle fonction que j'attribue à l'appareil folliculaire eût été dévoilée par une ressemblance empruntée tout entière à l'économie animale; pourtant, combien de phénomènes inexpliqués, dans une organisation plus élevée de l'échelle des êtres, ont reçu leur intelligence de l'étude de phénomènes similaires observés dans une organisation moins compliquée! L'anatomie et la physiologie comparées n'ont-elles pas été créées par la conséquence de semblables rapprochements?

Maintenant, quel est le liquide que l'on trouve accidentellement dans les utricules de l'appareil folliculaire? que devient-il? est-ce du chyle qui, après avoir été absorbé, est versé par un mécanisme inaperçu dans le torrent de la circulation? ce liquide n'a-t-il de rapport qu'avec le système lymphatique? pendant son séjour dans les utricules, subit-il une modification capable de le faire servir à tel ou tel accident de la nutrition? est-ce un ferment déposé pour imprimer à la pâte chymeuse une nouvelle transformation? n'est-il mis en réserve que pour assurer par une absorption plus lente la continuité de la nutrition? Je l'avouerai, toutes ces suppositions ne peuvent encore recevoir une solution satisfaisante. Probablement que des études plus complètes, auxquelles je serais heureux de pouvoir m'associer, aidées des notions dont la science s'enrichira, pourront déterminer la véritable nature du fluide contenu dans les utricules de l'appareil folliculaire, et constater sa véritable destination.

JACQUART. D. M. P.

J. DES CONNAISS. MÉD.-CHIR. — Mai 1839.

Nouvelles recherches cliniques sur les concrétions sanguines formées pendant la vie dans le cœur et dans les gros vaisseaux; par M. le professeur BOUILLAUD.

Depuis cinq ans bientôt que j'ai publié le *Traité clinique des maladies du cœur*, j'ai continué les recherches que j'avais déjà entreprises sur l'étude des concrétions sanguines, développées pendant la vie dans le cœur et dans les gros vaisseaux. Ces nouveaux travaux m'ont éclairé sur divers points, jusque-là complétement ignorés, de l'histoire de cet état pathologique du sang. Mais avant de faire connaître les résultats nouveaux auxquels je suis arrivé, je dois rappeler ici quel était l'état de la science sur le sujet qui nous occupe. Cette exposition historique sera l'objet d'un premier article.

ARTICLE PREMIER.

Exposition et discussion des principales recherches faites jusqu'à ces derniers temps sur les concrétions sanguines du cœur et des gros vaisseaux.

Mon intention n'est pas assurément d'exposer ici toutes les recherches dont les concrétions sanguines du cœur et des gros vaisseaux ont été l'objet. Il me suffira de rappeler les plus récentes, celles qui, par conséquent, doivent être considérées comme l'expression de l'état présent de la science.

§ Ier. DOCTRINE DE CORVISART.

I. *Espèces de concrétions admises par Corvisart.* — Après avoir fait remarquer que les concrétions polypiformes ont été regardées par les uns comme un effet constant de la mort, par les autres comme des substances morbifiquement formées pendant la vie..; et après avoir ajouté que cette diversité d'opinions vient sans doute de ce que l'on a considéré de part et d'autre ces concrétions sous un point de vue trop général, et que l'on n'a pas su distinguer le polype dont la formation est récente et postérieure à la mort, d'avec ceux dont la naissance date d'un temps plus ou moins éloigné, où l'individu jouissait encore de la vie, Corvisart poursuit ainsi :

« Je divise ces concrétions en trois espèces :

» 1° Celles qui sont d'une date plus ou moins ancienne, et qui sont reconnaissables à leur couleur pâle, à leur densité, à leur organisation comme fibreuse ou fibrineuse, enfin, à la force de leur adhérence à quelque partie des cavités du cœur (1).

» 2° Les concrétions comme polypeuses formées dans les derniers jours de la vie du malade, reconnaissables à leur couleur lymphatique jaunâtre, quelquefois rougeâtre, à une disposition tant soit peu fibrineuse par place, mais essentiellement coagulée, à des adhérences infiniment faibles, d'application légère plutôt que d'implantation;

» 3° Les concrétions de la troisième espèce con-

(1) Un peu plus loin Corvisart ajoute : « Dans plusieurs circonstances, j'ai montré aux élèves des concrétions polypiformes ordinairement d'un blanc jaunâtre, de structure fibrineuse, si consistantes, si tenaces, si intimement adhérentes aux fibres intérieures du cœur, que je ne peux me refuser à admettre, comme un fait constaté par l'expérience, la formation de ces concrétions antérieure de longtemps à la mort des individus sur lesquels je les ai observées; concrétions dont j'ai quelquefois annoncé la présence avant l'ouverture des cadavres, d'après la nature des symptômes propres à la maladie de ces sujets. »

sistent en une sorte de *magma* ou de *coagulum*, que j'ai comparé à de la gelée de groseille trop cuite, qui s'écrase sous les doigts, qui ne tient à rien, qui n'a rien de fibreux ou d'apparence analogue, qui se forme après la mort par le repos et le refroidissement, par des attractions électives spontanées, variables selon l'âge, le tempérament, la durée de la maladie, la crase particulière et dégénérée du sang. »

Corvisart termine en disant que *cette distinction n'est pas rigoureuse et présente plutôt trois degrés ou états d'une même chose, que des espèces bien tranchées, mais qu'il n'en croit pas moins cette division strictement exacte en observation et utile dans la pratique.*

II. *Symptômes des concrétions polypiformes indiqués par Corvisart.* — « Ces corps, par leur présence, peuvent donner naissance à des symptômes de maladie du cœur; mais ils ne me paraissent pas assez tranchés pour mettre le praticien en état d'établir dans tous les cas un juste diagnostic. Assez ordinairement la présence des concrétions polypiformes dans le cœur ne fait naître que des symptômes momentanés et irréguliers dans leur retour. Quand elles sont flottantes dans la cavité de ce viscère, elles ne causent de dérangement notable dans la circulation qu'autant que le flot du sang les porte soit à l'orifice auriculo-ventriculaire, soit à l'embouchure des gros vaisseaux. Bouchant alors en partie ou en totalité le diamètre de ces ouvertures, elles occasionnent des palpitations, des lipothymies, qui ne sont le plus souvent que passagères, parce qu'elles cessent au moment où ces concrétions abandonnent les orifices qu'elles oblitéraient pour flotter comme auparavant, et plus ou moins librement, selon l'étendue de leur implantation aux parois du cœur, dans l'intérieur de la cavité qui les renferme.

» Mais quand quelques-uns de ces corps polypeux ont leur implantation fixe sur certains points, alors ils occasionnent des symptômes constants; c'est ce qui arrive surtout lorsque, ainsi que je l'ai observé plusieurs fois, quelqu'une de ces concrétions s'enlace dans les cordes valvulaires et dans les valvules elles-mêmes, auxquelles elles adhèrent fortement; alors elles doivent empêcher la liberté des fonctions de ces voiles membraneux en les rendant presque immobiles, par les adhérences contre nature qu'elles établissent entre elles et les parois du cœur auxquelles ces concrétions adhèrent de l'autre part. »

III. *Causes assignées aux concrétions polypiformes, par Corvisart.* « L'accumulation du sang, son séjour plus prolongé dans les cavités du cœur, une disposition particulière de ce liquide opposée à l'état séreux dans lequel on le voit quelquefois, paraissent être les causes principales de la formation des polypes. Cette accumulation plus ou moins grande, ce séjour plus prolongé du sang dans le cœur, sont le plus souvent occasionnés par une maladie organique de ce viscère, ou de ses annexes, qui gêne le libre cours de la circulation. Il peut se faire aussi que la diminution de la vertu stimulante du sang soit encore une des causes de l'accumulation et de la coagulation du sang dans le cœur, qui, dans l'un et l'autre des cas supposés, n'imprime à ce fluide qu'une impulsion extrêmement faible, et insuffisante pour que le cœur puisse se vider et se remplir alternativement aussi complétement et aussi facilement que le suppose la plénitude de la santé (1).

Quelques réflexions sur la doctrine précédente.

Dans sa division des concrétions polypiformes en trois espèces principales, Corvisart s'est fidèlement conformé aux résultats de la saine observation. Mais que de lacunes dans ce qu'il nous dit des signes et des causes des concrétions polypiformes développées pendant la vie!

On ne trouve absolument rien sur les signes fournis par l'auscultation, qui n'était point alors pratiquée. Corvisart dit bien avoir annoncé quelquefois l'existence de concrétions polypiformes; mais il les *devinait* pour ainsi dire plutôt qu'il ne les *diagnostiquait*; car, les symptômes qu'il indique ne sauraient fournir les éléments d'un *véritable diagnostic*; d'ailleurs, Corvisart ne rapporte aucune observation détaillée de concrétions reconnues par lui pendant la vie.

Les seules causes auxquelles Corvisart attribue la formation des concrétions polypiformes sont: 1° *la stase du sang*; 2° *une disposition particulière de ce liquide opposée à l'état séreux*, ajoutant que la stase indiquée est le plus souvent *occasionnée par une maladie organique du cœur ou de ses annexes, qui gêne le libre cours de la circulation, et peut-être aussi par la diminution de la vertu stimulante du sang, en sorte que le cœur n'imprime plus à ce fluide qu'une impulsion extrêmement faible*, etc. A part la *stase du sang*, dont, au reste, Corvisart ne signale pas expressément les conditions formelles et positives, comme tout est vague et indéterminé dans l'étiologie ci-dessus exposée! Qu'est-ce que cette *disposition particulière* du sang opposée à l'état séreux? Qu'est-ce encore que la diminution de la vertu stimulante du même

(1) Corvisart revient sur cette explication, dans quelques lignes qu'il a consacrées aux concrétions vasculaires, et que nous allons transcrire: « Ce n'est pas seulement dans les cavités du cœur qu'on trouve des coagulations du sang; dans bien des cas, et dans beaucoup d'autres maladies que celles de cet organe, on observe des lanières lymphatiques ou fibri-

liquide, et en quoi consiste-t-elle précisément? Au lieu d'un pareil langage, si peu en harmonie avec l'esprit éminemment solide et positif de Corvisart, pourquoi ne pas exposer en termes clairs, faciles à comprendre, les circonstances diverses, les états morbides variés dans lesquels s'opèrent les concrétions polypiformes?

§ II. Doctrine de Laennec (1).

1. *Causes et pathogénie. Les concrétions polypiformes du sang sont-elles des produits et, par conséquent, des preuves de l'inflammation?* Après avoir signalé divers cas dans lesquels ces concrétions peuvent se rencontrer, M. Laennec conclut, avec raison, que *ce serait abuser des mots et se jeter dans un vague indéterminable, que de voir l'inflammation dans tous ces cas;* il ajoute que *l'observation pourra arriver à faire reconnaître, à des caractères physiques et peut-être chimiques, quelles sont les concrétions lymphatiques qui sont le produit de l'inflammation, et quelles sont celles qui se forment sans le concours de cette perversion vitale* (2).

Ailleurs, Laennec s'exprime ainsi: « M. Kreisig » pense que les concrétions polypiformes sont des » produits et, par conséquent, des preuves de l'in- » flammation. Si cette opinion est fondée, il faut » admettre que la membrane enflammée agit sur le » sang et le coagule: hypothèse tout à fait gratuite..., » ou bien que le sang lui-même, comme le voulaient » les anciens, est susceptible d'inflammation..... » Mais, ajoute Laennec, ce n'est pas chez les sujets » jeunes, pléthoriques, pleins de vie, et éminem- » ment disposés à l'orgasme inflammatoire, que se » forment tout à coup des concrétions polypeuses » dans le cœur; ces accidents arrivent, au contraire, » dans l'agonie de presque toutes les maladies, et » surtout des maladies chroniques qui ont déter- » miné la cachexie, le marasme, une débilité pro- » fonde, et qui ont été accompagnées d'obstacle à » la circulation. »

En dernière analyse, M. Laennec professe:

1° Que la stase du sang, par suite d'un obstacle à son cours, suffit à elle seule pour en produire la concrétion, et déterminer la formation d'un coagulum de fibrine organisable (1); 2° que la concrétion du sang paraît déterminer, dans quelques cas, une inflammation réelle et accompagnée de formation d'une fausse membrane, particulièrement dans les veines (2); 3° qu'il paraît certain que quelquefois, et surtout dans les veines où la circulation est peu rapide, une inflammation pseudo-membraneuse de leur membrane interne peut être la cause première de la concrétion du sang, qui s'imbibe dans la fausse membrane, la gonfle, et tend à se coaguler autour d'elle par une sorte d'attraction (3); 4° qu'enfin, le pus, absorbé en grande quantité par une veine, peut devenir de plusieurs manières la cause d'un infarctus sanguin, en se mêlant au sang, le rendant moins liquide, le concrétant même par une action *chimico-vitale*, et en enflammant les parois des veines.

II. *Signes*. Lorsque chez un malade qui jusque-là avait présenté des battements du cœur réguliers, ceux-ci deviennent tout à coup tellement anormaux, *obscurs* et confus qu'on ne peut les analyser, on peut soupçonner la formation d'une concrétion polypiforme; si ce trouble n'a lieu que d'un seul côté, la chose est à peu près certaine (4).

---

neuses, blanchâtres, tantôt cylindriques, tantôt aplaties, ordinairement beaucoup moins volumineuses que le diamètre du tube qui les renferme, se prolongeant dans l'aorte, dans les artères qui en partent et même dans les ordres inférieurs des vaisseaux; coagulations qui sont, comme celles du cœur de la seconde espèce, produites par les attractions électives des molécules d'un fluide qui n'est plus suffisamment agité par l'action mourante de l'organe, ou quand elle vient de s'éteindre pour toujours. »

(1) Auscultat. méd., t. XI, p. 610; 2e édit.

(2) Ainsi donc, à l'époque encore bien peu éloignée où il écrivait, M. Laennec enseignait que le moment n'était pas encore arrivé où il serait permis de distinguer des concrétions sanguines d'origine inflammatoire de celles qui ne reconnaissent pas une telle origine.

(1) L'organisation réelle d'un coagulum formé par suite d'une stase pure et simple du sang n'est pas encore suffisamment démontrée.

(2) Cette proposition est une hypothèse tout à fait gratuite: M. Laennec ne l'appuie sur aucune observation sérieuse.

(3) L'imbibition du sang dans une fausse membrane sécrétée par l'effet d'une phlébite, est encore une hypothèse gratuite, et pour que la coagulation ait lieu, il n'est assurément pas besoin qu'il existe d'abord une fausse membrane autour de laquelle le sang tende à se coaguler par une sorte d'attraction.

(4) M. Laennec ne parle ici que des battements et non des bruits du cœur; or, comment ces battements seraient-ils tellement anormaux, obscurs et confus dans une moitié du cœur, qu'on ne pût les analyser, sans que l'autre moitié du cœur prît quelque part à un pareil trouble? J'avoue n'avoir jamais rencontré de cas de ce genre. Je ne sais si M. Laennec en avait réellement observé; ce qu'il y a de certain, c'est qu'on en chercherait vainement un exemple formel, positif, dans son célèbre Traité de l'auscultation médiate.

Au reste, ainsi que nous l'avons annoncé ailleurs, et comme nous le démontrons presque journellement à la clinique, il est facile de reconnaître la formation de concrétions sanguines dans les cavités du cœur à des signes dont M. Laennec n'a pas dit un mot, et avant que les battements de cet organe présentent les caractères indiqués ici par ce savant observateur.

§ III. Doctrine de M. le docteur Legroux (1).

M. Legroux a enrichi l'histoire des concrétions polypiformes d'aperçus ingénieux sur le rôle qu'elles jouent dans le développement de certaines lésions des valvules et des orifices du cœur, ainsi que sur les changements divers qu'elles peuvent éprouver, une fois qu'elles ont été formées. C'est ainsi, par exemple, que selon cet observateur distingué, une exsudation gommeuse aurait lieu entre les deux substances dont le caillot peut être formé, et même dans son épaisseur; 2° qu'un ramollissement pourrait s'opérer au centre du caillot, puis un état granulé, sanieux et même une véritable suppuration, et qu'enfin le pus pourrait être résorbé, de telle sorte que les couches excentriques qui auraient résisté au ramollissement ne formeraient plus que les parois d'un véritable kyste. Il n'est pas de mon sujet de discuter ici jusqu'à quel point est fondée la théorie de M. Legroux relativement au mécanisme de la transformation des concrétions polypiformes. Je me contenterai de faire remarquer que cet observateur n'a rien ajouté à ce que l'on avait dit avant lui sur la pathogénie même de ces concrétions.

Voici son opinion sur leurs *signes*.

Selon M. Legroux, *la diminution ou la perte du son dans une ou plusieurs cavités du cœur est un signe certain des concrétions sanguines. La cavité dont le son est diminué indique le siége de la concrétion.*

M. Legroux *explique* la diminution de sonorité dont il s'agit par l'accumulation du sang dans les cavités du cœur, ajoutant *qu'un vase sonore perd de cette propriété à mesure qu'il se remplit d'un liquide.*

A l'époque où M. Legroux formulait cette *théorie,* il n'existait aucune explication tant soit peu satisfaisante du *tic-tac* du cœur. La théorie de M. Legroux ne supporte pas aujourd'hui, d'ailleurs, un examen un peu sérieux. En effet, pour que la comparaison dont il se sert fût une *raison* bonne ou mauvaise, il faudrait que le cœur offrît les conditions d'un vase qui se remplit d'un liquide à la place d'un gaz qu'il contenait auparavant. Or, il n'en est rien. Il faudrait de plus que le *tic-tac* du cœur fût le résultat d'un double choc du cœur contre les parois pectorales, ce qui n'est pas. Le phénomène qui nous occupe, s'explique au contraire très-naturellement et comme de lui-même, en réfléchissant que le *tic-tac* du cœur n'est autre chose que le bruit produit par le jeu des valvules ou des soupapes du cœur, mécanisme proposé par M. Rouanet et que nous avons discuté et développé longuement dans les prolégomènes du *Traité clinique des maladies du cœur.*

§ IV. Doctrine exposée par l'auteur dans le Traité clinique des maladies du coeur. — Rapprochements et réflexions.

1° *Indication et description des diverses espèces de concrétions sanguines du cœur.* — J'ai distingué les concrétions dont il s'agit en celles qui sont *amorphes* sans trace d'organisation réelle, et en celles qui sont dans un état d'organisation plus ou moins avancé. Voici les caractères que j'assignais à chacune de ces espèces de concrétions dites polypiformes :

1re *espèce.* Les concrétions amorphes récentes ne diffèrent point notablement du caillot que l'on rencontre dans le vase où l'on a recueilli le sang d'une saignée. La masse de ces concrétions est variable. Nous avons rapporté des cas où les cavités du cœur contenaient douze onces de sang coagulé. Il est vrai que, dans ces cas, quelques-uns des caillots s'étaient formés après la mort (1).

2e *espèce.* Les concrétions organisées présentent des caractères différents, selon les phases de leur évolution. Dans le premier degré de leur organisation, elles sont blanches, analogues au gluten ou à la fibrine préparée, élastiques, légèrement adhérentes aux parois des cavités du cœur et surtout aux colonnes charnues, ainsi qu'aux tendons valvulaires autour desquels elles s'entortillent. A cette période d'organisation *rudimentaire,* on peut les comparer à la couenne qui *s'organise* en quelque sorte à la surface du caillot du sang retiré des veines d'un individu affecté d'une inflammation franche, ou bien aux fausses membranes des tissus séreux commençant elles-mêmes à s'organiser (2). Au reste, comme l'a très-bien dit M. Legroux, depuis l'état gélatiniforme jusqu'à l'état fibreux qui paraît être le dernier terme de la densité des concrétions, il y a différents degrés intermédiaires.

3e *espèce.* Lorsque les concrétions sont dans un état plus avancé d'organisation, elles adhèrent par

(1) Recherches sur les concrétions sanguines, dites polypiformes, etc. (Dissertat. in aug., 1827, n° 205).

(1) Il est difficile de distinguer entre elles les concrétions amorphes dont les unes sont antérieures et dont les autres sont postérieures à la mort, si l'on s'en tient à la simple considération des caractères anatomiques. C'est par la connaissance des phénomènes qui ont eu lieu pendant la vie qu'on peut parvenir à établir cette distinction.

(2) J'ai vu souvent et montré aux élèves des concrétions qui, à leur surface adhérente, offraient des taches et des arborisations rouges, ainsi que des lames et des franges séreuses ou celluleuses. N'était-ce pas là une sorte de reproduction de l'état qu e présentent les fausses membranes dans le premier travail de leur organisation ?

du véritable tissu cellulaire aux parties sur lesquelles elles se sont développées; greffées ainsi sur des parties vivantes, elles se pénètrent de vaisseaux, se durcissent, et c'est alors qu'elles ressemblent réellement à certains polypes fibreux, à des tumeurs ou à des végétations fongueuses.

Ces concrétions polypiformes rétrécissent à un degré proportionnel à leur volume, soit les cavités du cœur, soit les orifices qui font communiquer ces cavités entre elles. Cette circonstance est importante à noter, car c'est à elle que se rattachent les principaux symptômes des concrétions dont il s'agit (1).

2° *Signes et effets des concrétions polypiformes du cœur.* — Un des effets évidents et nécessaires des concrétions polypiformes du cœur, c'est d'apporter un obstacle plus ou moins considérable à la circulation du sang à travers les cavités et les orifices de cet organe; de là des congestions sanguines dans les organes situés derrière l'obstacle, des collections séreuses, etc. Si les concrétions obstruent surtout les cavités droites, comme les poumons ne reçoivent qu'une très-petite quantité de sang et que l'hématose est incomplète, on observe jusqu'à un certain point des phénomènes d'asphyxie. Si les concrétions occupent les cavités gauches, il survient une congestion dans les veines pulmonaires qui ne peuvent plus se dégorger librement dans l'oreillette, et c'est là une cause particulière de dyspnée, etc. (2). Pour reconnaître ou diagnostiquer les concrétions sanguines du cœur, il faut qu'elles aient un volume tel qu'elles opposent un très-notable obstacle à la circulation. Toutes choses étant d'ailleurs égales, ces concrétions ne gênent pas également le cours du sang dans toutes les positions qu'elles peuvent affecter. Celles qui se forment sur les valvules et autour des tendons qui s'y insèrent, enchaînent, pour ainsi dire, les mouvements de ces soupapes vivantes, et sont celles qui, à volume égal, apportent le plus grand obstacle au cours du sang. Voici les signes principaux au moyen desquels nous avons diagnostiqué la maladie qui nous occupe: battements tumultueux du cœur avec obscurité, sorte de matité des bruits valvulaires, ou bruit de soufflet proprement dit, ou bruit de soufflet sibilant (1); étouffement, orthopnée, anxiété, congestions veineuses, suivies, chez quelques individus, de perte de connaissance avec état comateux; petitesse du pouls, refroidissement des extrémités; quelquefois ronflement stertoreux, précédé ou non de mouvements convulsifs.

Lorsque les phénomènes indiqués se manifestent dans le cours d'une maladie aiguë du cœur, qui jusque-là n'avait pas été accompagné d'un trouble très-considérable dans la respiration et la circulation, il est extrêmement probable qu'il s'est formé des concrétions sanguines dans les cavités du cœur. Si les mêmes accidents éclatent dans le cours des maladies chroniques du cœur, qui, à l'état de repos, ne donnent pas lieu à une grande dyspnée, on est également autorisé à les rapporter à la formation de concrétions polypiformes.

3° *Causes et mécanisme.* — Dans le cœur comme dans les artères, et surtout dans les veines, les concrétions sanguines se développent tantôt sous l'influence de conditions purement physiques, mécaniques, qui s'opposent au cours du sang, tantôt par l'effet de causes qui agissent *chimiquement* sur cette *chair coulante*. Dans le premier cas, les concrétions se forment par un mécanisme qui ne diffère pas essentiellement de celui qui préside à la coagulation du sang après sa sortie des vaisseaux.

Quant aux causes *physico* et *chimico-vitales* des concrétions sanguines, les principales sont l'inflammation primitive ou consécutive de la membrane interne du cœur et des vaisseaux, l'introduction de diverses substances étrangères dans le torrent circulatoire, le pus, par exemple, suivant M. Laen-

(1) Je ne rappellerai point ici ce que j'ai dit dans le Traité clinique des maladies du cœur, sur les altérations en quelque sorte morbides que peuvent éprouver les concrétions sanguines du cœur ou des vaisseaux. Cette particularité est étrangère au sujet dont il est ici question.

(2) Les lecteurs ne doivent pas oublier qu'il ne s'agit pas ici des signes et des effets des concrétions qui pourraient se développer dans les vaisseaux artériels et veineux, d'un volume plus ou moins considérable. J'ai fait voir ailleurs quelle était l'influence des oblitérations veineuses produites par cette cause ou par toute autre. Il y aurait beaucoup à dire aussi sur les effets des oblitérations artérielles. Je noterai seulement en passant que certaines gangrènes des membres ont pour cause essentielle une oblitération de ce genre.

(1) Dans son excellente dissertation sur la péricardite, M. le docteur Desclaux, mon ancien élève et mon ami, a rapporté un cas où l'existence d'un bruit de *piaulement* dans la région du cœur, jointe aux autres signes mentionnés ci-dessus, me fit diagnostiquer des concrétions polypiformes. L'autopsie cadavérique prouva la justesse de ce diagnostic.

M. le docteur Brouc a publié dans le Journal hebdomadaire un cas semblable. Une femme fut admise à l'Hôtel-Dieu, offrant entre autres symptômes d'affection du cœur un bruit de sifflement aigu dans la région précordiale. Elle succomba. A l'ouverture du cadavre, on trouva des concrétions sanguines dans le cœur. Dans les cavités droites, la concrétion était décolorée, adhérente à la valvule tricuspide, et se prolongeait dans la veine cave supérieure, où elle flottait sous forme d'un cylindre blanchâtre.

J'ajouterai que le ronflement, le sifflement, le piaulement, le roucoulement du cœur a été entendu par nous dans des cas où il n'existait point de concrétions dans les cavités de cet organe. Plus tard, je reviendrai sur ce curieux phénomène.

nec (1). Toutes les inflammations franches, accompagnées d'une violente réaction fébrile, et dans laquelle le sang fourni par les saignées présente une belle couenne blanche, ferme, élastique, résistante, constituent une véritable prédisposition à certaines concrétions fibrineuses du cœur et des vaisseaux, lesquelles, comme nous l'avons vu, ont alors une grande ressemblance avec la couenne inflammatoire. Aussi, consultez les observations consignées dans cet ouvrage, et vous verrez que les concrétions fibrineuses (à part celles qui provenaient d'un simple embarras mécanique dans la circulation) coïncidaient soit avec une inflammation idiopathique de l'endocarde, soit avec une inflammation d'un autre organe qui agissait vivement sur le cœur ainsi que sur tout l'ensemble de l'appareil circulatoire, et partant sur la masse sanguine elle-même. »

Cette dernière proposition diffère beaucoup de l'assertion précédemment citée de M. Laënnec, et que voici : *ce n'est pas chez les sujets jeunes, pléthoriques, pleins de vie et éminemment disposés à l'orgasme inflammatoire, que se forment tout à coup des concrétions polypeuses dans le cœur; ces accidents arrivent au contraire dans l'agonie de presque toutes les maladies, et surtout des maladies chroniques qui ont déterminé la cachexie, le marasme, une débilité profonde, et qui ont été accompagnées d'obstacle à la circulation.*

Dans la proposition même dont s'agit actuellement, il est fait mention des concrétions qu'un embarras pur et simple du cours du sang peut déterminer. Mais de ce que telle est l'origine de certaines concrétions sanguines du cœur et des gros vaisseaux, s'ensuit-il qu'il n'en existe pas d'autres dont l'origine est véritablement inflammatoire? M. Laënnec lui-même ne le nie pas absolument, je le sais; dans un autre passage de son ouvrage, il dit seulement qu'il appartient à des recherches ultérieures de décider quelles sont celles qui se rattachent à un état inflammatoire, et quelles sont celles qui ne s'y rattachent pas. Mais il faut convenir que M. Laënnec était loin de savoir combien étaient fréquentes les concrétions polypiformes de la première espèce, c'est-à-dire d'origine inflammatoire.

C'est à la démonstration de cette proposition que je consacrerai particulièrement le second article de ces recherches. J'ai déjà, dans ma *Clinique médicale,* abordé ce point important de pratique. Mais il importe d'autant plus d'y revenir et de bien l'approfondir que, depuis la publication de l'ouvrage cité, on a publié des cas de concrétions sanguines du cœur et des gros vaisseaux, où l'on paraît peu familiarisé avec les lois principales qui président au développement de cet état morbide du sang, ainsi qu'avec les signes au moyen desquels on peut en établir le diagnostic. Parmi les cas de ce genre de maladie qui ont été le plus récemment publiés, qu'il me soit permis d'en consigner ici deux, qui ont été recueillis par deux observateurs des plus distingués, MM. les docteurs Bouvier et Dalmas. Nous y joindrons les réflexions de ces savants et honorables confrères.

Voici l'observation de M. Bouvier :

« Le nommé Huguet, âgé de 88 ans, succomba le 3 avril 1838, après quelques jours d'une pleuropneumonie aiguë... La phlegmasie occupait particulièrement la partie postérieure du poumon gauche, qui était à l'état d'induration grise et infiltrée de pus dans beaucoup d'endroits... L'intérieur du cœur est remarquable par la présence de caillots fibrineux décolorés, denses, adhérents, dans ses quatre cavités, et surtout vers la pointe du ventricule gauche, où l'œil pourrait les confondre avec les colonnes charnues elles-mêmes. »

Après avoir parlé d'un autre cœur anévrysmatique, dans lequel il n'existait pas de caillots adhérents, M. Bouvier fait les réflexions suivantes :

« L'absence de caillots adhérents dans le cœur anévrysmatique ne permet pas d'attribuer la formation de ces caillots dans l'autre cœur au seul ralentissement de la circulation. Sont-ils le produit d'une adhésion par exsudation plastique, et seraient-ils l'indice d'une endocardite coïncidant avec la pleurésie? ou leur production serait-elle liée à l'état particulier du sang dans la pleuro-pneumonie? Sans chercher pour le moment à résoudre ces questions, je ferai seulement remarquer : 1° qu'au-dessous de ces caillots la face interne du cœur est à l'état normal; 2° que ces caillots ne se rencontrent pas dans beaucoup de cas de pleurésie et de pneumonie aiguës, comme j'ai pu le vérifier deux jours après la mort

---

(1) On sait que certains acides injectés dans le système vasculaire des animaux coagulent le sang qu'il contient. Il est dans le sang des éléments (albumine particulièrement), dont on détermine la coagulation par la chaleur ou l'électricité. Quel rapport peut exister entre cette coagulation artificielle et celle qui s'opère sous l'influence de certains états pathologiques? Cette question réclame de nouvelles recherches. Suivant M. Laënnec, les concrétions organisées sur les bords des valvules et le long des tendons des piliers se développeraient peut-être par un mécanisme analogue à celui qui préside aux cristallisations qui se forment le long des fils ou des rameaux tendus dans une dissolution saline. Ne pourrait-on pas dire aussi que dans les maladies inflammatoires où le sang tend réellement à se concréter, la fibrine peut se déposer sur les cordons et les lames valvulaires, comme elle se dépose sur les verges avec lesquelles on bat le sang..... Oui, sans doute, mais toutes ces conditions physiques manquent dans les artères et les veines où se forment cependant des concrétions sanguines comme dans le cœur....

de ce malade, en ouvrant une femme de 85 ans, qui avait succombé à la même affection (1). »

Passons à l'observation de M. Dalmas.

« Le 10 mars, M. Dalmas fit l'autopsie cadavérique d'une femme de 62 ans, reçue à la Salpêtrière le 5 février, pour un commencement de gangrène sénile au pied gauche... Les artères du membre malade étaient obstrués jusque dans le pli de l'aine par des caillots épais, denses et presque adhérents ; les veines aussi étaient remplies de caillots, mais de caillots plus noirs, plus mous et moins denses... Dans l'aorte, au niveau du point où s'insère le canal artériel, il existait un caillot long de deux pouces, qui remplissait tout le calibre de l'artère, laquelle avait conservé au-dessus et au-dessous son volume et ses dimensions naturelles. La forme du caillot était ovalaire et sa surface lisse; il adhérait presque partout, surtout vers sa partie moyenne, à la membrane interne; ces adhérences n'étaient interrompues qu'en dehors et en arrière, où il existait un passage libre pour le sang. Là le caillot était d'un rouge noir ; dans le reste de son étendue, il était d'un rose clair qui s'affaiblit par la macération, et devint en définitive d'un blanc terne. La masse entière était composée d'une substance fibrineuse, un peu plus serrée et d'apparence lamelleuse à la surface, et plus aréolaire, comme spongieuse vers le centre. A l'extrémité inférieure de ce caillot en était attaché un autre beaucoup plus long et plus mince, flottant librement dans la cavité de l'artère, et résultant de la coagulation récente du sang qui la remplissait.

« Mais, quelle pouvait être la cause de la formation du caillot adhérent à la partie supérieure de l'aorte descendante, en un point où les parois artérielles étaient à peu près intactes (1)? Si je ne me trompe, la réponse à cette question est dans l'état où se trouvait chez cette femme le côté gauche de la poitrine. Le péricarde était rempli chez elle d'une quantité considérable de sérosité albumineuse ; il en était distendu jusqu'à sa partie supérieure, et il était facile de juger, aux fausses membranes non organisées qui recouvraient les oreillettes, ainsi que le feuillet fibreux du péricarde, que cet épanchement était récent. La plèvre du même côté était pareillement le siége d'un énorme épanchement. Le liquide écoulé, sa cavité resta à moitié remplie de fausses membranes infiltrées et de flocons albumineux qu'il fallait enlever avec la main, et qui comprimaient et refoulaient le poumon... Le lobe supérieur de celuici, infiltré de pus, avait acquis une densité extrême et un volume au moins égal à celui des deux poings. Il remplissait tout le sommet de la poitrine déjà si pleine, et devait nécessairement comprimer tout ce qui l'avoisine.

« Or, pour quiconque se représentera la disposition des parties dans un pareil concours d'altérations anatomiques, il sera évident que l'aorte, après son passage de droite à gauche, pour descendre le long des vertèbres dorsales, devait trouver, dans la résistance et la densité du tissu pulmonaire, un grand obstacle à sa dilatation, et cela d'autant que le poumon était refoulé vers le sommet de la poitrine par le double épanchement qui existait en même temps. La circulation devait donc y être fort difficile, et de là la formation du caillot. A mes yeux, cette explication toute simple, tout anatomique, a le mérite d'être claire et évidente, elle ressort d'un examen attentif des choses et ne repose, ni sur les

(1) Les questions, que M. Bouvier ne cherche pas à résoudre, avaient été déjà résolues ainsi qu'il suit dans le Traité clinique des maladies du cœur et dans la clinique médicale de l'hôpital de la Charité : « Toutes les inflammations franches, accompagnées d'une violente réaction fébrile et dans lesquelles le sang fourni par les saignées présente une belle couenne blanche, ferme, élastique, constituant une véritable prédisposition à certaines concrétions fibrineuses du cœur et des vaisseaux, lesquelles, comme nous l'avons vu, ont alors une grande ressemblance avec la couenne inflammatoire. Aussi, consultez les observations consignées dans cet ouvrage (Traité clinique des maladies du cœur), et vous verrez que les concrétions fibrineuses de cette espèce coïncidaient, soit avec une inflammation idiopathique de l'endocarde, soit avec une inflammation d'un autre organe, qui réagissait vivement sur le cœur, ainsi que sur l'ensemble de l'appareil circulatoire et sur la masse sanguine elle-même....

« Sur vingt-six cas de pleuro-pneumonie (rapportés dans la Clinique médicale), il en est dix dans lesquels il existait des signes de lésion du cœur ou de l'aorte, très-peu prononcés dans plusieurs, bien caractérisés dans quelques autres (Observ. II, VI, VII). Nous avons reconnu dans ces différents cas, soit de simples concrétions sanguines commençantes dans les cavités du cœur, soit une endocardite, une péricardite, une aortite bien caractérisées. (L'autopsie cadavérique a justifié le diagnostic de l'aortite ; les sujets atteints de péricardite ou d'endocardite n'ont pas succombé).

« En établissant ici la coïncidence fréquente des affections qui viennent d'être indiquées avec une grave pleuro-pneumonie, je ne fais qu'énoncer une vérité fondée sur de nombreuses observations; mais je ne m'en attends pas moins à être taxé d'exagération et d'hérésie. ... Quoi qu'il en soit, dans les cas, heureusement assez rares, où les malades ont succombé, l'autopsie cadavérique a confirmé, de la manière la plus positive, le diagnostic porté. »

C'est ainsi que nous avions déjà résolu les questions posées par M. Bouvier à l'occasion de l'observation que nous avons rapportée plus haut, et dont il donna communication à l'Académie royale de médecine dans sa séance du 7 avril 1838 (Voyez le Bulletin de cette Société.)

(1) M. Dalmas a eu soin de noter que chez la malade qui fait le sujet de cette observation, le système artériel était partout atteint de la dégénérescence squammeuse ou cartilaginiforme, que l'on rencontre si souvent dans les artères des vieillards.

conditions équivoques d'une altération du sang, ni sur la supposition d'une exsudation albumineuse, d'une artérite dont rien, dans ce cas-ci, n'établit la réalité (1).

Certes, ce n'est pas moi qui contesterai la réalité de la cause sur laquelle insiste ici M. le docteur Dalmas. Je l'ai signalée moi-même dans un bon nombre de cas de production de concrétions sanguines. Mais, il me semble que l'on ne saurait, sans se montrer un peu trop exclusif, rapporter uniquement à la *compression* de l'aorte le caillot adhérent dont il a été question plus haut. Dans ce cas, comme dans celui de M. Bouvier, il faut tenir compte de la *diathèse inflammatoire* du sang qui accompagnait la *triple* phlegmasie du péricarde, de la plèvre et du poumon, diathèse dont un des principaux caractères consiste en cette *couenne* si justement dite *inflammatoire*, qui se forme sur le caillot du sang retiré par les saignées, et qui, lorsqu'elle est bien dessinée, constitue bien une des altérations les moins équivoques du sang. Or, les faits nombreux que j'ai recueillis depuis cinq à six ans m'autorisent à poser en principe que les concrétions fibrineuses blanches, fermes, adhérentes, que l'on trouve dans le cœur et les gros vaisseaux sont en quelque sorte les analogues de la couenne inflammatoire, non-seulement sous le rapport de leur composition anatomique, mais aussi sous le rapport de leur développement ou de leur pathogénie, de telle sorte que, comme la présence d'une belle couenne sur le sang fourni par une saignée est un indice certain de l'existence d'un état inflammatoire; ainsi, la présence de belles concrétions fibrineuses dans le cœur et les gros vaisseaux ne permet guère de douter que les sujets chez lesquels on les a rencontrées eussent été atteints de ce même état inflammatoire. J'espère que la vérité de cette proposition ressortira clairement et jaillira, pour ainsi dire, des faits qui seront rapportés dans le second article de ces *nouvelles recherches*.

(1) M. Dalmas ajoute que cette explication pourra être appliquée, par induction, à d'autres cas« On sait, en effet, dit-il, que le point de l'aorte où s'est rencontré le caillot objet de cette note, est le siége fréquent de rétrécissements et même d'oblitérations qui n'ont point été expliqués d'une manière satisfaisante, du moins que je sache. Eh bien! admettons que notre malade n'eût succombé ni à la gangrène, ni à la triple phlegmasie qu'elle portait dans la poitrine, elle ne fût certainement pas morte par l'effet direct du caillot, puisqu'il n'obstruait pas complétement la cavité de l'aorte; mais peu à peu ce caillot se serait accru, de nouvelles couches se seraient superposées aux anciennes; les voies collatérales nécessaires à l'entretien de la circulation une fois établies, le vaisseau eût fini par s'oblitérer tout entier; et tôt ou tard on eût constaté cette oblitération sur le cadavre. Pour s'en rendre compte on aurait essayé de tout, d'une inflammation plastique ou artérite oblitérante, d'un vice de conformation, d'un arrêt de développement, etc., etc.; mais de la péricardite pleuro-pneumonie, on ne s'en fût pas avisé. C'était pourtant, comme nous l'avons vu, la cause véritable. » Ceux qui sont au courant des recherches que nous avons faites depuis cinq à six ans sur la coïncidence des affections du cœur et des gros vaisseaux avec celles des plèvres et des poumons, n'auraient point négligé la cause à laquelle M. Dalmas a parfaitement raison d'attacher tant d'importance.

L'Expérience. — Mai 1839.

Nouvelles recherches cliniques sur les concrétions sanguines formées pendant la vie dans le cœur et dans les gros vaisseaux; par M. le professeur Bouillaud.

(Article second.)

De l'influence des inflammations franches en général et de la pleuro-pneumonie en particulier sur le développement des concrétions sanguines du cœur et des gros vaisseaux (1). — *Diagnostic de ces concrétions.*

§ 1er. Exposition des faits particuliers.

Je ne rapporterai ici que des faits dans lesquels l'existence des concrétions sanguines a été constatée par l'autopsie cadavérique, et pour ne pas dépasser les limites d'un article de journal, je retrancherai de la plupart de ces faits, tous recueillis par nous avec de longs détails, ce qui ne se rapporte pas directement à notre sujet. La majeure partie des faits que j'ai observés depuis que mon attention s'est portée, d'une manière spéciale, sur le sujet qui nous occupe, appartiennent à la pleuro-pneumonie. En voici cependant un fort remarquable qui est relatif à une autre phlegmasie.

I. Angine tonsillaire.

Ier Cas. — *Concrétions sanguines formées pendant la vie dans le cœur et dans les gros vaisseaux chez un sujet atteint d'une violente angine tonsillaire (amygdalite).*

On apporta dans mon service un homme atteint d'une angine suffocante et pour ainsi dire foudroyante dont il n'était atteint que depuis quatre

(1) Il est bien entendu que je fais ici abstraction des inflammations idiopathiques de la membrane interne du cœur et des vaisseaux, lesquelles, comme tout le monde sait, entraînent à leur suite, pourvu qu'elles soient assez intenses, la formation de concrétions sanguines plus ou moins abondantes.

jours (d'après l'affirmation des personnes qui le conduisirent). — Saignée de trois à quatre palettes le jour de l'entrée.

Le lendemain, à ma visite, le malade était dans l'état le plus alarmant : il ne pouvait ni cracher, ni avaler, ni parler ; à travers la légère ouverture dont la bouche était susceptible, on voyait le gosier obstrué par les amygdales tuméfiées ; le malade criait, s'agitait convulsivement quand il avalait quelques gouttes de tisane ; le pouls était faible, petit, à 120; la peau aride et brûlante ; la langue sèche, comme grillée (*nouv. saig.*, 3 *palettes ; triple applicat. de* 20 *sangs. au cou*).

Dans la journée, la gorge se dégage un peu, mais le pouls devient irrégulier, intermittent ; les battements du cœur sont tumultueux, et les *bruits de cet organe sont sourds, étouffés, à peine perceptibles*. A ces signes, M. Chapel, jeune observateur plein de talent, mon élève et mon ami (1), diagnostique la formation de caillots dans le cœur.

Le malade succombe à six heures comme *asphyxié*.

Autopsie cadavérique, quinze heures après la mort. — Cavités droites du cœur hermétiquement obstruées par *une concrétion fibrineuse, analogue à la couenne du sang, enveloppant de toutes parts la valvule tricuspide, et se prolongeant dans la veine cave inférieure et supérieure, dans les veines jugulaires et dans l'artère pulmonaire* (*en réunissant les diverses portions de cette concrétion, on en forme une masse du volume du poing*). *Une concrétion semblable, mais moins grosse, dans les cavités gauches du cœur et dans les veines pulmonaires* (2).

II. *Pleuro-pneumonie.*

Depuis le mois d'avril 1836 jusqu'au moment où j'écris (mai 1839), le cœur et les gros vaisseaux ont été examinés avec la plus scrupuleuse attention, chez tous les sujets qui ont succombé à une pleuro-pneumonie, et chez tous nous avons rencontré *dans le cœur et les gros vaisseaux* des concrétions sanguines, qui avaient commencé à se former avant la mort. Ces cas sont au nombre de treize.

Comme les observations de 1836 ont été déjà publiées dans ma *clinique médicale*, je me contenterai d'en extraire pour ce mémoire ce qui est relatif aux concrétions elles-mêmes. Ces observations sont au nombre de trois ; avant d'en exposer la description, je rapporterai succinctement un cas que nous observâmes l'année suivante :

2e *cas.* — En 1837, une négresse de 26 ans, atteinte d'une double pneumonie, dont le début datait de huit jours, fut admise à la clinique. *Le pouls était à* 140 *et d'une petitesse qui contrastait avec l'étendue et la violence de la pneumonie ;* en même temps *les bruits du cœur étaient sourds, étouffés, confus.* J'annonçai que des concrétions sanguines commençaient à se former dans le cœur, et cette circonstance, jointe à l'énorme étendue et à la période avancée de la pneumonie, me fit porter un pronostic funeste. En effet, la malade succomba dans la journée. Nous l'ouvrîmes treize heures après la mort, et nous trouvâmes dans les quatre cavités du cœur, des concrétions blanches, glutineuses, adhérentes aux valvules analogues à de la chair lavée, à demi organisées et bien évidemment antérieures à la mort. Ces concrétions se prolongeaient dans les gros vaisseaux et spécialement dans la veine cave supérieure et ses divisions.

Chez les trois sujets qui succombèrent parmi les 26 péripneumoniques dont ma *clinique médicale* contient les observations, voici ce que l'ouverture nous montra relativement au sujet qui nous occupe :

3e *cas, relatif au* 1er *sujet dont l'observation est consignée dans ma clinique médicale* (1).

Les quatre cavités du cœur sont distendues par des concrétions sanguines ; celles des cavités droites se prolongent dans l'artère pulmonaire, et forment une masse blanche, polypiforme, entortillée autour des valvules, adhérente aux parois du ventricule et de l'oreillette dont la membrane interne n'offre *aucune rougeur ;* un caillot blanc, ferme, existe dans la cavité de la crosse de l'aorte et se continue avec les concrétions des cavités gauches, lesquelles concrétions se comportent à l'égard de la valvule mitrale comme les concrétions des cavités droites à l'égard de la valvule tricuspide. Blancheur de la membrane interne des cavités gauches comme droites (2).

(1) Actuellement médecin à Saint-Mâlo.

(2) Le visage était livide, violacé, comme dans l'asphyxie. Les deux amygdales, d'un volume moindre que pendant la vie, profondément ulcérées à leur face interne, ramollies et en suppuration, avec injection vive dans quelques points seulement ; membrane muqueuse du pharynx tapissée d'une couche de mucus puriforme. Larynx libre.

(1) L'autopsie cadavérique fut faite huit heures après la mort.

(2) Chez ce malade, les bruits du cœur avaient été obscurs, un peu étouffés et le pouls étroit, embarrassé. Ces phénomènes nous firent écrire sur la feuille de diagnostic qu'il existait une tendance à la formation de caillots dans le cœur.

4e cas, relatif au 2e sujet dont l'observation est rapportée dans ma clinique médicale (1).

A partir de l'origine des artères qui naissent de sa crosse, jusqu'à un pouce au-dessus de son insertion dans le ventricule gauche, l'aorte, en contact avec le poumon enflammé, offre extérieurement une belle rougeur qui contraste avec la blancheur de ses autres portions.

Né dans l'aorte thoracique descendante, un caillot parcourt tout le trajet de l'aorte ascendante, où il s'épaissit et s'organise de plus en plus; élastique, glutineux, d'un blanc parfait, du volume du doigt, assez semblable pour la forme et la couleur au cordon de la moelle épinière, dépouillée de ses membranes, il est adhérent aux parois de la crosse aortique, dont on ne peut le détacher que par une assez forte traction; il s'élargit considérablement et s'épanouit en quelque sorte après son entrée dans le ventricule gauche qu'il remplit aux trois quarts, laissant seulement vers la région externe de ce ventricule un assez étroit passage au sang; ce caillot se réfléchit autour de la valvule mitrale, s'insinue dans l'oreillette gauche, où il est en partie noir, en partie blanc, et moins dense que dans le ventricule; dans son passage à travers l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, il s'entortille autour des tendons valvulaires avec lesquels il a contracté d'assez fortes adhérences, ainsi qu'avec les lames de la valvule bicuspide elle-même, laquelle est d'ailleurs bien conformée, de couleur et d'épaisseur normales.

La membrane interne de la crosse de l'aorte offre une teinte rosée uniforme, laquelle, sur les valvules aortiques, se change en une vive rougeur qui ne s'efface pas par le lavage, et qui contraste avec la blancheur de la membrane interne du ventricule gauche et des valvules de l'artère pulmonaire (*il n'existe aucune trace d'imbibition cadavérique*).

Le ventricule droit contient aussi un énorme caillot, dense, blanc, fibrineux, entortillé autour des colonnes charnues et des tendons de la valvule tricuspide, pénétrant ensuite dans l'oreillette droite qu'il remplit complétement; l'organisation de ce caillot paraît plus récente que celle du caillot de l'aorte et des cavités gauches. En certains points, la valvule tricuspide est un peu rouge et épaissie (2).

(1) L'autopsie cadavérique fut faite vingt-huit heures après la mort.

(2) Chez ce malade il existait un bruit de soufflet très-distinct, très-fort dans la région de l'aorte sous-sternale; isochrone à la systole ventriculaire, ce bruit de soufflet n'empêchait pas d'entendre le double claquement valvulaire, bien qu'il le masquât sensiblement. Je fis écrire sur la feuille de diagnostic: caillot dans l'aorte et aortite.

5e cas, relatif au 3e sujet dont l'observation est rapportée dans ma Clinique médicale (1).

Les cavités du cœur contenaient des caillots qui se prolongeaient dans les gros vaisseaux; les caillots des cavités gauches étaient noirâtres; ceux des cavités droites étaient en partie décolorés, blanchâtres. Les valvules droites et la membrane interne des cavités correspondantes étaient un peu colorées en rouge. Les valvules de l'aorte offraient aussi de la rougeur à celle de leurs faces qui s'applique contre les parois du vaisseau.

6e *cas.* — Le nommé Franque, âgé de 48 ans, journalier, d'une constitution sèche, nerveuse, brun, de force moyenne, habituellement bien portant, fut reçu à la *Clinique*, le 12 mars 1838, se disant alors malade depuis six jours.

Saignée de trois palettes le soir du jour de l'entrée.

Le 13. Le caillot de la saignée est assez volumineux et recouvert d'une couenne épaisse, ferme, bien organisée; la sérosité qui l'entoure est verdâtre; d'une limpidité parfaite; densité du sang: 6° 1/2.

Crachats visqueux, demi-transparents, albumineux, sans coloration *pneumonique* bien tranchée; persistance de la douleur de côté; respiration à 28; matité à la partie antérieure du côté droit de la poitrine, allant en diminuant de haut en bas, de sorte qu'au niveau du mamelon, la résonnance est assez bonne; murmure vésiculaire presque nul, léger souffle bronchique et bronchophonie dans la région correspondante à la matité; en dehors du même côté, depuis le creux de l'aisselle jusqu'à la septième côte, matité qui va aussi en diminuant de haut en bas, souffle bronchique très-fort dans la région axillaire et plus bas murmure vésiculaire faible avec crépitation très-fine; en arrière, toujours du même côté, matité dans la moitié supérieure avec souffle bronchique et bronchophonie retentissante, mais non chevrottante; dans la moitié inférieure, mélange de crépitation et de murmure vésiculaire; même crépitation dans le tiers inférieur du côté gauche, lequel offre partout ailleurs une résonnance et une respiration normales; le décubitus a lieu soit sur le dos, soit sur le côté douloureux.

La matité de la région du cœur ne dépasse pas les limites normales (cet organe est même recouvert à gauche par une lame de poumon). Les *bruits du cœur sont un peu obscurs, comme voilés, étouffés.*

Sécheresse et chaleur augmentée de la peau; pouls à 108, fort, assez plein, non redoublé; *veine ju-*

(1) L'autopsie cadavérique fut faite dix-neuf heures après la mort.

gulaire droite plus saillante que la gauche, sans notable rougeur de la pommette correspondante.

Langue rouge et sèche, soif ardente, pas de vomissements; dévoiement que le malade fait remonter à l'époque où il s'est gorgé d'infusion d'anis (15 à 16 selles la nuit dernière, claires, rendues quelquefois malgré la volonté du malade); gargouillement dans la région iléo-cœcale, et son tympanique dans le reste de l'abdomen.

Faiblesse considérable.

Diagnostic et pronostic. *Pleuro-pneumonie double, au second degré dans le tiers supérieur au moins du poumon droit* (1), *au premier degré dans la partie inférieure et postérieure des deux poumons.*

Prescription. *Saignée* 3. *pal. matin et soir; ventous. scarif. côté droit,* 3 *pal.; viol. guim. sir. de gom. et solut. simple de sir. de gom.; pot. gomm. laudan.* 18. *goutt.; lav. émoll., diète.*

Le 14. Le malade dit se sentir soulagé : la douleur de côté a diminué; moiteur et un peu de sommeil dans la nuit; crachats visqueux, *rouillés;* la percussion et l'auscultation donnent sensiblement les mêmes résultats que la veille pour les organes respiratoires, si ce n'est que le râle crépitant de la partie inférieure des poumons a disparu en grande partie; *les bruits du cœur sont presque entièrement effacés, en même temps que le volume du pouls a considérablement diminué, ce qui fait craindre la formation de quelques concrétions sanguines dans les cavités du cœur.*

5 à 6 selles depuis la veille.

Le caillot des saignées est volumineux, moins couenneux que celui de la saignée de la veille; même densité du sang que la veille.

Prescription. — *Saig.* 3 *pal.* (bis)*; le reste idem.*

Le 15. Crachats moins rouillés que la veille; persistance du souffle et de la bronchophonie dans la moitié supérieure du poumon droit; la respiration est pure à la base des deux poumons; la douleur de côté ne se fait plus sentir que pendant les fortes inspirations; *les bruits du cœur sont un peu moins étouffés* que la veille; pouls régulier, mou, un peu moins étroit aussi que la veille, à 108.

Densité du sang : 6°. — Caillot de la première recouvert d'une couenne jaune, ferme et épaisse; caillot de la seconde glutineux, n'offrant que des vestiges de couenne.

Prescription. — *Saign.* 3. *pal.; vent. scarif.* 3 *pal.*

Le 16. Le malade dit se trouver mieux; sa respiration lui semble plus libre (elle est à 24) et il a dormi plus tranquillement; peau moins chaude, moite; *bruits du cœur encore âpres,* mais notablement dégagés; persistance du souffle bronchique; crachats à peine rouillés (ce matin, le malade en a rendu qui ne contenaient aucune trace de sang).

Densité du sang : 5° 1/2; caillot glutineux, sans couenne.

Prescription. — *Vésicat. sur le côté; jul. béchiq. avec kermès, gr.* v; *le reste idem.*

Le 17. Mort à 3 heures du matin (l'état de la veille n'annonçait pas une mort aussi prochaine).

Autopsie cadav. 31 *heures après la mort.* Les feuillets de la plèvre pulmonaire droite sont tapissés de fausses membranes de consistance crémeuse, trois cuillerées environ d'un véritable pus crémeux à la partie la plus déclive de la cavité gauche de la poitrine. Le lobe supérieur du poumon droit, dans toute son étendue et dans toute son épaisseur, offre tous les caractères de l'hépatisation grise ou de la suppuration.

Dans sa région antérieure, le poumon gauche est parfaitement sain, mais dans sa région postérieure, il offre les caractères anatomiques de la pneumonie du premier au deuxième degré.

Les ramifications vasculaires des deux poumons sont obstruées par des caillots de sang presque entièrement décolorés, fibrineux, fermes, élastiques, évidemment formés avant la mort; quelques caillots ne sont pas entièrement décolorés; ils ont une teinte lie de vin. La blancheur de la membrane interne des vaisseaux dont il s'agit contraste avec la rougeur vive de la membrane muqueuse des ramifications bronchiques.

Le péricarde ne contient qu'une cuillerée environ de sérosité.

Le *cœur est distendu par une énorme masse de concrétions sanguines. Un caillot blanc, demi-organisé, offrant à sa surface une sorte d'arborisation vasculaire et des adhérences comme pseudo-membraneuses, remplit presque hermétiquement le ventricule droit et l'oreillette correspondante, d'où il s'étend d'une part dans l'artère pulmonaire et ses ramifications, d'autre part dans les veines caves. Un caillot également charnu, décoloré, organisé, oblitère le ventricule gauche aux parois duquel il adhère très-fortement, se prolongeant d'une part dans l'aorte et les artères qui naissent de sa bifurcation abdominale, d'autre part dans l'oreillette gauche et les veines pulmonaires (dans l'aorte il flotte sous forme d'un cordon du volume de la moelle épinière vers la queue de cheval). Les concrétions dont il s'agit s'entortillaient autour des valvules bicuspide et tricuspide de manière à gêner considérablement ou même à empêcher*

(1) Il est bien probable que dans cette portion du poumon la pneumonie avait déjà atteint le troisième degré.

complétement leurs mouvements. Il était évident que ces concrétions ainsi organisées étaient antérieures à la mort. L'aorte et l'artère pulmonaire étaient blanches à leur surface interne, et nulle part on n'observait de traces d'imbibition; cependant les *valvules auriculo-ventriculaires, aortiques et pulmonaires offraient une belle teinte rosée qui tranchait sur la blancheur de la surface interne des cavités du cœur et des vaisseaux.*

7e *cas.* — Le nommé Chapelle, âgé de 41 ans, cocher de remise, maigre, mais d'une assez forte constitution et d'une santé habituellement bonne, fut admis à la clinique de la Charité, le 4 avril 1838, se disant alors malade depuis 5 jours.

Voici quel était son état, le jour de l'entrée, sur les quatre heures du soir qu'il fut examiné par M. Raciborski, chef de clinique :

État d'anxiété, visage un peu jaune, et rougeur des pommettes; traits grippés; respiration plaintive, très-précipitée (58 inspirations par minute); efforts continuels de toux, rarement suivis d'expectoration; la résonnance et la respiration vésiculaire sont bonnes à gauche; à droite en avant, matité complète, souffle bronchique, mêlé de quelques bulles de râle crépitant (à partir d'un à deux travers de doigt au-dessus du mamelon jusqu'en bas, la respiration est bonne); en arrière à droite, matité complète dans les deux tiers supérieurs se prolongeant sous l'aisselle où elle va se confondre avec la matité de la région antérieure, souffle bronchique très-fort et bronchophonie retentissante; dans le tiers inférieur, mélange de râle crépitant et de murmure vésiculaire; crachats légèrement rouillés, très-adhérents au vase.

Peau très-chaude et sèche; pouls à 92, *petit,* assez dur; langue couverte d'un enduit blanchâtre, assez humide, une selle normale hier, après trois jours de constipation.

Saignée de 4 palettes (caillot recouvert d'une belle couenne).

Le 5. Diminution de la douleur de côté; respiration haletante (64 à 68); crachats visqueux, demi-transparents, à peine rouillés; persistance de la matité, du souffle bronchique et d'une bronchophonie éclatante dans les régions du côté droit déjà indiquées, et absence de la respiration vésiculaire même tout à fait en bas où on l'avait entendue la veille, mêlée de crépitation; respiration forte, *puérile* à gauche; pommettes rouges, teinte jaune de l'ovale inférieur du visage; peau sèche, chaude (à 35° centig.), et cependant le malade frissonne si on le découvre; pouls à 108, dur, mais peu *développé; bruits du cœur,* le premier surtout, *étouffés, obscurs,* principalement dans la région des cavités droites; langue un peu sèche; ventre indolent, une selle la nuit dernière; urine roussâtre, un peu trouble, acide, exhalant l'odeur de bouc.

Prostration considérable, tendance à l'assoupissement.

Diagnostic et pronostic. — *Pleuro-pneumonie au second degré au moins dans les deux tiers supérieurs du poumon droit dont elle comprend toute l'épaisseur. — Commencement de concrétions sanguines dans le cœur, surtout dans les cavités droites.* — Casus gravissimus.

Prescription. — *Saig.* 4 *pal. matin et soir, vent. scarif.* 4 *pal. côté droit; viol. guim. sir. gom.; jul. béchiq.; lavem. émoll.; diète.*

A la visite du soir. — Pouls à 120, respiration à 54.

Le 6. Trois ou quatre crachats seulement, mêlés d'un peu de sang; persistance de la douleur de côté, du souffle bronchique, de la bronchophonie et de *l'obscurité des bruits du cœur;* respiration à 44, pouls à 100-104; température de la peau à 35°, point de sueurs; pommette droite un peu plus rouge que la gauche; prostration toujours très-grande, tendance aux défaillances, assoupissement, un peu de délire la nuit dernière.

Le caillot de chaque saignée remplit presque tout le vase et offre une couenne ferme.

Saign. 3 *p.* 1/2, *vent. scarif.* 3 *pal.; le reste idem.*

Le 7. Nuit moins mauvaise, quelques crachats visqueux, *d'un rouillé sale;* respiration à 48-52; pouls à 100-104, toujours peu développé; bruits du cœur un peu moins obscurs; persistance de la matité et du souffle dans les points déjà indiqués à droite (il est revenu seulement de la résonnance dans l'étendue d'environ un pouce au-dessus du mamelon).

Le caillot de la saignée est volumineux, recouvert d'une couenne épaisse, ferme, rétractée sur ses bords.

Saig. de 4 *pal. le matin; saig. de* 3 *pal. le soir.*

Le 8. Deux ou trois crachats visqueux, blancs; pouls à 100; respiration à 52; peau un peu moins sèche; peu de changement dans les signes fournis par l'exploration du côté droit; prostration extrême; même tendance à l'assoupissement.

Couenne sur le caillot de chaque saignée.

Saig. 3. *pal.; vésic. sur le côté droit.*

Le 9. Pouls à 108; respiration à 56; crachats presque nuls, visqueux, non colorés par le sang; persistance du souffle en avant à droite (la faiblesse extrême du malade ne permet pas d'explorer la partie postérieure); découragement; assoupissement continuel.

Belle couenne sur le caillot, qui est rétracté. Le malade a enlevé son vésicatoire avant que ce topique eût produit la vésication.

Pot. gomm. avec 6 grains de tartre stibié et une once de sir. diac.; même tisane.

Mort à 7 heures du soir (la potion n'a produit ni selles ni vomissements).

Autopsie cadav. 40 heures après la mort.

Poumon droit *hépatisé* dans toute son étendue, si ce n'est à la partie antérieure de son lobe inférieur; dans les deux tiers supérieurs, on observe les caractères anatomiques du troisième degré de la pneumonie; dans le tiers inférieur, on rencontre un mélange du deuxième et du troisième degré. Adhérences anciennes dans le côté gauche; le poumon de ce côté est sain antérieurement, mais il offre en arrière les caractères anatomiques de la pneumonie au deuxième degré.

Les veines jugulaires et sous-clavières, surtout à droite, sont tendues et gonflées, ce qui tient à la présence de caillots dans leurs cavités: *Ceux des sous-clavières sont blancs, fibrineux, charnus, élastiques, organisés. Les cavités du cœur sont gorgées de semblables caillots, vraiment organisés et formés avant la mort, jetant des prolongements dans l'artère et les veines pulmonaires ainsi que dans l'aorte après s'être réfléchis et comme entortillés autour des valvules bicuspide et tricuspide auxquelles ils sont fortement adhérents ainsi qu'aux colonnes charnues des cavités qu'ils remplissent. Valvules bicuspide, aortiques et tricuspide rougeâtres* (point de traces d'imbibition dans les vaisseaux ni dans les cavités du cœur).

8e *cas.* — Un homme âgé de 38 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, était atteint d'une double pleuro-pneumonie, et malade depuis quatre jours, lorsqu'il fut admis à la Clinique, le 24 mai 1838. Voici quel fut le diagnostic: *Pleuro-pneumonie double au premier degré, occupant les deux-tiers inférieurs du poumon droit et la portion voisine du cœur pour le poumon gauche; endocardite commençante avec concrétions sanguines.*

Six saignées de 3 à 4 palettes, tant générales que locales, furent pratiquées dans les quatre premiers jours du séjour à l'hôpital, et tout annonçait une heureuse terminaison, lorsque s'étant imprudemment refroidi, il survint une rechute le troisième jour du traitement (vers le soir et dans la nuit du troisième au quatrième jour). — Dès lors, un très-grave pronostic fut porté, une nouvelle saignée du bras de 3 palettes et une application de ventouses scarifiées (3 palettes) furent pratiquées et secondées par les vésicatoires. Cependant, le malade ne put se relever, et succomba le huitième jour après son entrée, les crachats étant devenus *évidemment puriformes.* Dans les deux derniers jours, l'affaissement, l'abattement, la prostration, furent extrêmes; *le pouls se rapetissa, devint intermittent,* en même temps que les *bruits valvulaires, déjà âpres et obscurs, se voilèrent de plus en plus* (le jour de la mort, *ils étaient presque entièrement étouffés*). — Ces signes, réunis à quelques autres moins caractéristiques, dont je ne crois pas devoir parler ici, firent diagnostiquer la présence de concrétions dans les cavités du cœur et des gros vaisseaux (*coagulum inflammatoire*), et une *suppuration* du poumon.

Autopsie cadavérique faite 24 heures après la mort.

Je ne dirai rien des altérations des poumons, sinon qu'on rencontra bien effectivement le poumon droit presque tout entier en hépatisation grise ou en suppuration...

Voici l'état du système circulatoire relativement au sujet qui nous occupe:

Ventricule gauche à demi rempli par une concrétion sanguine ferme, élastique, fibrineuse, adhérente à la valvule mitrale et à ses colonnes charnues, se prolongeant sous forme de cordon dans l'aorte sous-sternale et dans l'aorte descendante où elle finit en une sorte de queue d'environ deux pouces de longueur et mince comme celle d'une souris, tandis que dans l'aorte sous-sternale, elle a le volume et la forme de la moelle épinière à laquelle elle ressemble encore, jusqu'à un certain point, par sa consistance ferme et sa blancheur; et de même que la moelle se divise pour former la queue de cheval, de même la concrétion de l'aorte se divise vers la crosse de l'aorte pour fournir des prolongements dans les artères qui naissent de cette crosse; en passant du ventricule gauche dans l'oreillette correspondante, la concrétion sanguine perd un peu de sa consistance, et de là elle se prolonge dans les veines pulmonaires et leurs principales ramifications.

Le ventricule droit est presque hermétiquement obstrué par une concrétion semblable à celle du ventricule gauche, qui se continue 1° *dans l'oreillette droite où elle est un peu moins ferme et de là dans les veines caves supérieure et inférieure;* 2° *dans l'artère pulmonaire et ses principales divisions. En examinant l'aspect, la texture de ces concrétions* (*et particulièrement de celles dont la masse remplissait les ventricules*), *on trouve qu'elles ont la plus grande ressemblance avec une chair musculaire légèrement rosée.*

La membrane interne de l'aorte descendante et surtout celle de l'aorte ascendante, les valvules bi-

cuspide, tricuspide, aortiques et pulmonaires, offrent une belle couleur d'un rouge vif, vermeil (toutefois la rougeur de la tricuspide est moins vive que celle de la bicuspide et des aortiques). Les valvules ainsi rougies sont en même temps sensiblement épaissies et comme boursouflées (les valvules auriculo-ventriculaires principalement). A sa naissance, l'aorte présente intérieurement de petites taches d'un blanc jaunâtre et de plus une petite ulcération grisâtre superficielle, assez semblable à un aphthe; de petites taches, analogues aux précédentes, se remarquent à la base de la valvule bicuspide, dans les points les plus voisins de l'aorte : ces taches nous ont paru devoir être comparées à ces *taies* qui se forment sur la cornée enflammée.

Nous n'avons point trouvé de sang liquide dans les parties dont nous venons de signaler la rougeur, et il faut ne pas oublier que les concrétions avec lesquelles la membrane de l'aorte et les valvules se trouvaient en contact, étaient parfaitement blanches, décolorées (1).

Remarques. Le malade n'étant mort qu'à 5 heures le 31 mai, on ne put l'ouvrir que le 1er juin à la Clinique, attendu l'*arrêté* qui nous défend de faire l'ouverture avant vingt-quatre heures. Mais comme je tenais à ce que l'imbibition cadavérique ne s'opérât pas avant l'ouverture, le 1er à 5 heures, c'est-à-dire exactement vingt-quatre heures après la mort, je fis enlever les poumons, le cœur et les gros vaisseaux, qui furent déposés dans un vase rempli d'eau froide, circonstance plutôt propre à diminuer une rougeur par imbibition qui aurait existé qu'à favoriser le développement de cette rougeur; aussi la surface du cœur, qui était pâle et comme macérée ou lavée, devait-elle cette apparence à l'immersion de cet organe dans l'eau. La belle rougeur vive des valvules et de la membrane interne de l'aorte était donc évidemment indépendante de toute imbibition cadavérique et réellement pathologique, d'origine inflammatoire; ajoutez que les valvules et l'aorte étaient en contact avec des caillots fibrineux, *décolorés*, fermes, analogues à la chair musculaire lavée, blanche, ou du moins simplement rosée (quelques concrétions offraient cette teinte à l'intérieur en même temps que l'apparence de la fibre charnue); ajoutez qu'il existait des taches analogues à celles qui se forment sur la cornée enflammée; que la rougeur de l'aorte allait en diminuant à mesure qu'on s'éloignait de sa portion sous-sternale, que nulle goutte de sang liquide ne se trouvait en contact avec les points ainsi colorés; que les valvules étaient sensiblement épaissies, boursouflées, qu'il avait existé des signes d'inflammation assez saillants pour nous faire annoncer l'éxistence de l'endocardite dès le moment de l'examen du malade, le deuxième jour de son entrée; pesez bien, dis-je, toutes ces considérations, rappelez-vous les faits analogues, et il ne vous restera aucun doute sérieux sur la nature inflammatoire de la lésion qui nous occupe.

Ainsi, ne nous étonnons plus de l'irrégularité et de l'intermittence du pouls, de la tendance incessante aux lipothymies, de la prostration profonde, et, en présence de pareils faits, sachons bien apprécier l'influence des conditions physiques dans le développement des phénomènes, sans négliger les conditions dites vitales ou dynamiques. Comment ne pas étouffer et ne pas être menacé à chaque instant de syncope et de lipothymie avec un poumon imperméable dans toute son étendue, suppuré (qu'on n'oublie pas que le jour où succomba le malade, je signalai la présence de véritable pus dans les crachats), avec un cœur, une artère pulmonaire, ses ramifications, une artère aorte, ses ramifications, des veines pulmonaires et des veines caves obstruées plus ou moins exactement par un sang déjà caillé et du sang qui tend à se cailler sans cesse?

9e *cas*. — Un clerc d'avoué, âgé de 20 ans, était malade depuis une vingtaine de jours et surtout depuis six, lorsqu'il fut admis à la Clinique le 23 juin 1838. C'était un sujet d'une constitution scrofuleuse (1).

Après une exploration attentive, nous constatâmes l'existence d'une pleuro-pneumonie au premier degré, limitée d'abord aux deux tiers inférieurs du poumon droit, qu'elle envahit ensuite dans sa totalité.

Placé dans les conditions les plus défavorables, ce malheureux jeune homme, d'abord soulagé par les saignées générales et locales répétées coup sur coup et à une dose accommodée à *l'espèce de cas*, fut pris plus tard de diarrhée, de délire, et succomba 12 jours après son entrée.

Le cœur ne fut exploré qu'à ma première visite, et n'offrit alors rien de bien notable (l'impulsion était forte, accompagnée d'un beau tintement auriculo-métallique; les deux bruits étaient forts, secs). — Le jour de la mort, le pouls était à 144, au moment de la visite.

Autopsie cadavérique quarante heures après la mort. Dans sa totalité, le poumon droit était hépatisé en gris ou en rouge... Çà et là au sommet, quelques cavernes tuberculeuses antérieures à la maladie actuelle. *Les quatre cavités du cœur, l'aorte et l'artère pulmonaire contenaient des*

(1) La rate était plus volumineuse, plus friable que dans l'état normal.

(1) Un de ses frères était atteint de phthisie pulmonaire et lui-même, avant la maladie aiguë pour laquelle il entrait à l'hôpital, avait probablement présenté des signes de tuberculisation partielle des poumons.

concrétions sanguines, fibrineuses, à demi organisées, évidemment formées avant la mort. Les valvules du cœur étaient enveloppées et comme embarrassées par ces concrétions. Ces valvules étaient d'ailleurs bien conformées. Celles de l'aorte offraient une rougeur légère qui contrastait avec la pâleur de la membrane interne du même vaisseau.

10e *cas.* — Une femme âgée de 42 ans, chez laquelle nous avions reconnu, au mois de février 1839, une induration et un épaississement de la valvule mitrale avec rétrécissement de l'orifice correspondant, fut atteinte dans les premiers jours d'avril suivant d'une pleuro-pneumonie pour laquelle elle fut admise à la Clinique, le 8 du mois indiqué. Elle se disait grosse d'environ trois à quatre mois.

Outre les signes caractéristiques de la pleuro-pneumonie que je ne rapporterai pas ici, nous notâmes les signes suivants : *le pouls de la radiale gauche avait cessé de se faire sentir; celui de la radiale droite consistait en des oscillations minces, filiformes, irrégulières, intermittentes, inégales, si précipitées qu'on ne pouvait les compter. Les battements du cœur étaient tumultueux, irréguliers, intermittents, précipités, inégaux, et je ne pus les compter exactement.* Je comptai les bruits correspondants à la systole et j'en trouvai 132 par minute, mais quelques-uns m'échappèrent; *les deux bruits valvulaires étaient sourds, étouffés, brusques, un peu râpeux; anxiété extrême, suffocation imminente* (52 à 56 inspirations par minute), tendance aux défaillances; lèvres violacées; gonflement *permanent* de la veine jugulaire gauche; gonflement qui augmente pendant l'inspiration et diminue pendant l'expiration, etc., etc.

Le diagnostic et le pronostic furent portés ainsi qu'il suit :

Pleuro-pneumonie chez une femme déjà atteinte d'une affection dite organique du cœur; FORMATION DES CAILLOTS DANS LE COEUR.

Grossesse présumée de trois mois et demi à quatre mois. CASUS GRAVISSIMUS.

J'ajoutai que si la grossesse était réelle, il était extrêmement probable que l'avortement ne se ferait pas longtemps attendre.

Dans la nuit du troisième jour après l'entrée, l'avortement survient. L'embryon expulsé était mort déjà depuis quelque temps. Examiné par M. Capuron, il lui parut âgé de deux mois à deux mois et demi.

Après un soulagement presque miraculeux, obtenu par trois saignées de 10 à 12 onces dans l'espace d'environ 36 heures, les symptômes d'une métro-péritonite vinrent s'ajouter aux accidents déjà existants, et la malade succomba, le 24 avril. Le pouls, les battements et les bruits du cœur restèrent à peu près tels que nous les avons décrits plus haut jusqu'à la mort.

Autopsie cadavérique 31 heures après la mort. — Je laisse de côté les altérations dues à la pleuro-pneumonie et à la métro-péritonite, pour ne parler que de celles relatives à l'objet de ce mémoire : *toutes les cavités du cœur sont distendues par des concrétions sanguines; les concrétions qui remplissent les cavités droites, celles de l'oreillette surtout, sont en très-grande partie décolorées, d'une teinte ambrée, fibrineuses, élastiques, adhérentes; les concrétions sont entortillées autour de la valvule tricuspide, qu'elles enveloppent de toute part; elles se prolongent dans l'artère pulmonaire. Les caillots contenus dans les cavités gauches étaient moins volumineux que ceux des cavités droites; ils étaient mous, noirâtres, assez récents; dans l'auricule gauche existait une masse fibrineuse, friable, d'un gris-brunâtre, évidemment d'ancienne date.*

Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche qui pouvait à peine admettre le bout du petit doigt; induration fibro-cartilagineuse de la valvule, laquelle formait une sorte d'anneau ovalaire, dont le tissu criait fortement sous le scalpel, etc.

11e *cas.* — Une femme de 75 ans, d'une constitution détériorée, était atteinte d'une pneumonie qui datait de 4 jours, lorsqu'elle fut reçue à la Clinique, le 27 avril 1839. Elle succomba le 1er mai. Ce jour-là, voici ce qui fut noté relativement à l'objet de ces recherches : *obscurité, un peu d'étouffement des bruits du cœur, difficiles à bien ausculter en raison de la fréquence des mouvements respiratoires.*

Autopsie cadav., 44 heures après la mort (j'avais annoncé qu'on trouverait des concrétions antérieures à la mort dans le cœur et les gros vaisseaux). *Cavités droites du cœur obstruées par des concrétions sanguines blanches, fermes, adhérentes, entortillées autour de la valvule tricuspide. Celle de l'oreillette, du volume d'un œuf, présente à sa surface des reliefs et des enfoncements réguliers qui sont évidemment l'empreinte des colonnes charnues de l'oreillette et des dépressions qui les séparent* (cette sorte de moulure de la surface interne de l'oreillette est un phénomène assez curieux). *La concrétion se prolonge sous forme de cordon dans les veines caves et l'artère pulmonaire. Dans le ventricule, elle est aplatie.* La membrane interne de l'oreillette et la valvule tricuspide offrent une teinte d'un rouge foncé; les valvules de l'artère pulmonaire présentent une rougeur plus rosée, qui tranche sur la couleur blanc-jaunâtre de cette artère. *Le ventricule gauche contient une concrétion du volume du petit doigt, élastique, glutineuse, ressemblant à de la véritable chair musculaire dé-*

colorée; elle s'entortille autour de la valvule bicuspide à laquelle elle adhère assez fortement et pénètre dans l'oreillette gauche. Elle se prolonge dans l'aorte sous forme d'un long cordon terminé en queue, ferme, élastique, blanc dans l'étendue de six à huit pouces, mou, noirâtre comme du sang récemment caillé, dans sa portion la plus éloignée du ventricule. La masse totale de ces concrétions avait un volume égal à celui du poing. Les orifices et les valvules étaient bien conformés.

12e *cas.*—Un homme de 28 ans, bien constitué, était depuis six jours atteint d'une pleuro-pneumonie, lorsqu'il fut admis à la clinique le 2 mai 1839. Après une attentive exploration, le diagnostic et le pronostic furent formulés ainsi qu'il suit :

Pleuro-pneumonie double, plus marquée toutefois à gauche où elle est au deuxième degré (1) *et s'étend de l'épine de l'omoplate jusqu'en bas. — Casus gravissimus.*

Le malade succomba, le 2e jour après son entrée. A ma visite du 31, voici ce que je dictai relativement aux bruits du cœur : rien de *bien notable dans les bruits du cœur.* Le malade avait été soulagé après les saignées de ce jour. Mais dans la nuit le malade se découvrit étant en sueur, et les symptômes acquirent une nouvelle intensité.

A la visite du 4, *les bruits du cœur étaient plus obscurs que la veille.*

Autopsie cadav., 36 *heures après la mort* (avant l'ouverture, j'avais annoncé qu'on trouverait des concrétions fibrineuses dans le cœur et les gros vaisseaux). *Les vaisseaux du poumon contenaient des concrétions sanguines qu'on en retirait sous forme de longs cordons fibrineux, décolorés, élastiques. Les cavités droites du cœur étaient remplies par une masse de concrétions enveloppant de toutes parts la valvule tricuspide ainsi que les tendons offrant une forme aplatie dans le ventricule et une forme arrondie, globuleuse dans l'oreillette droite dont elles conservaient l'empreinte* (*c'est-à-dire qu'on voyait à la surface de la concrétion des saillies et des enfoncements correspondant aux saillies des colonnes charnues et aux enfoncements qui les séparent*). *Ces concrétions, fermes, décolorées, adhérentes, élastiques, se prolongeaient en cordons dans les veines caves et l'artère pulmonaire, dont les valvules étaient rosées. Une concrétion du volume du petit doigt, blanche, ferme, glutineuse, élastique, passe immédiatement de l'orifice aortique, dans l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, en s'entortillant autour de la valvule bicuspide et formant là une lame comme membraneuse qui clôt hermétiquement l'orifice à laquelle elle est adaptée; cette concrétion se renfle et s'arrondit dans l'oreillette gauche d'où elle envoie des embranchements dans l'appendice auriculaire et dans les veines pulmonaires.*

Teinte rougeâtre de l'intérieur de l'oreillette gauche, et teinte *aurore* légère de l'origine de l'aorte, avec quelques taches d'un blanc jaunâtre. Les valvules de l'aorte et la bicuspide sont d'un rouge bien tranché, un peu boursouflées et épaissies.

Du sang liquide noirâtre existe dans toute l'étendue de l'aorte descendante, cependant toute la surface de ce vaisseau est exempte de rougeur par imbibition, et tous les assistants ont même *vu*, avec quelque surprise, que la partie postérieure ou la plus déclive de l'artère, celle par conséquent où reposait plus spécialement la masse sanguine, était d'un blanc plus mat que le reste.

13e *cas.* Un homme de 35 ans, atteint depuis trois jours d'une grave pleuro-pneumonie, fut admis à la Clinique le 18 avril 1839..... Il succomba le 11 mai suivant, après avoir éprouvé une rechute de *pleurésie* (1).

Autopsie cadav. quarante-cinq heures après la mort.—Epanchement d'un litre environ de pus dans le côté droit de la poitrine, etc., etc. *Les cavités droites contiennent des concrétions fibrineuses, décolorées, glutineuses, adhérentes; une concrétion ayant la forme d'un cordon blanchâtre, passe de l'aorte dans le ventricule gauche, et de là dans l'oreillette correspondante en s'entortillant autour de la valvule bicuspide. Sur l'une des valvules aortiques existe une petite excroissance en forme de chou-fleur, de consistance de fibrine un peu indurée, assez fortement adhérente. Quelques excroissances ou végétations plus dures existent sur l'une des lames de la valvule mitrale avec laquelle elles se confondent comme par continuité d'un tissu fibreux, corné; elles ressemblent à des poireaux vénériens. Cette valvule est épaissie, hypertrophiée, surtout à son bord*

(1) Déjà probablement, dans le lobe inférieur, elle avait commencé à atteindre le troisième degré.

(1) Il existait, dès l'entrée du malade, un bruit de souffle au premier temps des battements du cœur, accompagné d'un frémissement vibratoire dans la région des cavités gauches. Ces phénomènes diminuèrent un peu après les premières saignées, sans disparaître complétement. Nous restâmes incertain sur la question de savoir s'ils dépendaient uniquement d'une complication de la pleuro-pneumonie actuelle ou s'ils ne provenaient pas plutôt d'une lésion ancienne des valvules gauches, le sujet ayant été atteint, deux ans avant la maladie actuelle, d'une pleuro-pneumonie gauche, maladie qui se complique assez souvent d'endocardite ou de péricardite. La veille de la mort, le souffle était léger, et le frémissement vibratoire presque nul : les bruits du cœur étaient obscurs.

libre, et offre une teinte d'un rouge vermeil, qui tranche sur la blancheur de la membrane interne des cavités du cœur et de celle de l'aorte. Les trois valvules de celles-ci sont très-notablement épaissies, fibro-cartilaginisées en partie, rugueuses, un peu ratatinées, mais d'ailleurs bien conformées, assez amples et assez mobiles pour clore l'orifice aortique (1). (L'existence des concrétions dans le cœur et les gros vaisseaux avait été annoncée par moi avant l'ouverture.)

14e *cas*. Un homme de 40 ans était, depuis quatre jours, atteint d'une pleuro-pneumonie droite, occupant plus spécialement le sommet du poumon, lorsqu'il fut admis à la clinique, le 4 mai 1839. Il ne voulut pas se soumettre au traitement qui fut prescrit et succomba le 11 mai. Dès les premiers jours de l'entrée, *les bruits du cœur étaient sourds, étouffés, comme voilés* (il est vrai que cet organe était à peu près complétement recouvert par les poumons). *La veille de la mort, ils étaient presqu'entièrement effacés et remplacés par une sorte de murmure sourd et confus.*

Autopsie cadavérique quarante-huit heures après la mort (avant l'ouverture, j'avais annoncé l'existence de concrétions sanguines dans le cœur et les gros vaisseaux). *Hépatisation grise* des trois quarts supérieurs du poumon droit, etc. *Toutes les cavités du cœur sont gorgées de caillots de sang se prolongeant dans les veines qui se rendent aux oreillettes et dans les artères qui partent des ventricules : on les retrouve dans les divisions des vaisseaux pulmonaires. Dans les cavités droites, les concrétions sont blanches, adhérentes, fermes, et supportent le poids du cœur sans se rompre; la valvule tricuspide en est enveloppée de toutes parts. Dans l'aorte, la concrétion affecte la forme d'un cordon; elle s'aplatit en ruban, en pénétrant dans le ventricule gauche, et comme les concrétions des cavités droites, elle supporte sans se rompre le poids du cœur; une portion de cette concrétion traverse l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, en enveloppant de toutes parts la valvule mitrale et ses tendons, lesquels ont laissé leur empreinte à sa surface. La concrétion ventriculaire ressemble exactement à une lanière de chair musculaire décolorée. Des portions de concrétions adhèrent si intimement aux valvules auriculo-ventriculaires qu'on ne les en détache qu'avec peine* (*la concrétion de l'oreillette droite avait le volume d'un œuf ordinaire*).

(1) La lésion des valvules aortiques, évidemment d'ancienne date, était la cause principale, sinon unique, du bruit de souffle et du frémissement vibratoire observés dès l'entrée du malade.

Les valvules gauches, un peu boursouflées, offraient une légère rougeur, de teinte rosée, qui tranchait sur la blancheur jaunâtre de la membrane interne de l'aorte.

§ II. Résumé des faits exposés.

1. *Caractères anatomiques et mode de génération ou de formation des concrétions sanguines rencontrées dans les cas précédents.*

Je ne crois pas devoir insister ici sur les détails relatifs aux divers caractères anatomiques des concrétions sanguines dont les précédentes observations sont autant d'exemples : je renvoie à ces observations elles-mêmes. Je noterai seulement expressément ici que dans tous les cas rapportés, les concrétions offraient les caractères de celles que Corvisart et d'autres observateurs ont considérées comme étant antérieures à la mort d'une date plus ou moins ancienne. (Selon Corvisart, les concrétions de cette espèce sont *reconnaissables à leur couleur pâle, à leur densité, à leur organisation comme fibreuse ou fibrineuse, enfin à la force de leur adhérence à quelque partie des cavités du cœur.*)

Toutefois, je ne puis penser que la masse énorme de concrétions que nous avons rencontrée dans le cœur et les gros vaisseaux, se fût en totalité formée quelques jours avant la mort. Il en était ainsi, sans doute, d'une portion des concrétions; mais le reste s'était formé dans les derniers moments des malades et après la mort.

On peut, jusqu'à un certain point, comparer le mécanisme des concrétions de ce dernier genre à celui qui préside à la concrétion du sang extrait des vaisseaux pendant la vie : de même que chez tous nos malades, le caillot du sang tiré pendant la vie s'est recouvert d'une couenne épaisse, fibrineuse, etc., ainsi les concrétions, les caillots formés au moment même de l'agonie, ou quelque temps après, ont présenté eux-mêmes dans une partie plus ou moins considérable de leur masse une sorte de *couenne plastique,* blanche, fibrineuse. On pourrait donc désigner ces concrétions sous le nom de *concrétions couenneuses* comme on appelle *caillot couenneux* le caillot auquel nous les comparons.

Quoi qu'il en soit de ce rapprochement, que l'on serait peut-être autorisé à pousser plus loin, il est bien certain que dans les quatorze cas précédents, les concrétions se sont développées sous l'influence d'une franche inflammation fébrile. Que si l'on me demande maintenant de *préciser* cette influence, d'en *formuler* le mécanisme, je répondrai que ce mécanisme ne m'est pas plus connu que celui qui préside à la formation des caillots dans les vaisseaux frappés d'une inflammation plus ou moins violente.

Ce que je me propose ici, c'est bien moins d'*expliquer* comment se produisent les concrétions sanguines dans les cas qui nous occupent, que de *démontrer* la réalité du fait. L'explication viendra plus tard. C'est là sans contredit, un riche et magnifique sujet de recherches pour les physiologistes qui savent appliquer convenablement les méthodes physiques et chimiques à l'investigation des phénomènes des corps vivants et des *causes* qui régissent ces phénomènes.

De pareilles recherches sur les concrétions couenneuses qui se forment si souvent dans le cœur et les gros vaisseaux sous l'influence des grandes inflammations fébriles, éclaireront en même temps le phénomène si important de la formation de la couenne à la surface du caillot du sang et le phénomène non moins curieux de la *glutinosité* du caillot, telle que je l'ai signalée ailleurs (*Voyez la Clinique Médicale et le journal hebdomadaire*), avec le soin de faire bien ressortir les conditions dans lesquelles se produisent l'un et l'autre de ces phénomènes (1).

Étant bien connue la tendance notable qu'a le sang à se coaguler dans les inflammations directes *idiopathiques* du cœur et des vaisseaux, on aurait pu, *à priori*, annoncer le même phénomène pour ces réactions fébriles, fortes et prolongées, qui accompagnent les grandes inflammations, la pleuro-pneumonie, par exemple. En effet, que sont ces réactions, si non un diminutif des inflammations du système sanguin, si non des irritations *sympathiques* de ce système? Cela est si vrai qu'au lieu de simples irritations sympathiques, on trouve quelquefois, comme il est arrivé chez quelques-uns de nos malades, de véritables inflammations de la membrane interne du cœur ou de l'aorte (voy. les 4e et 8e cas, par exemple). Il ne faut pas oublier de noter toutefois que dans la pleuro-pneumonie, outre la réaction dite *sympathique* qui s'exerce sur le sang et le système du cœur et des vaisseaux comme dans toutes les autres grandes inflammations, la proximité qui existe entre les parties enflammées et le cœur ainsi que les gros vaisseaux contenus dans la poitrine, est une condition qui favorise puissamment l'extension, la propagation du *travail* inflammatoire des unes aux autres. Des faits bien nombreux, en effet, nous ont clairement prouvé cette tendance de l'inflammation à envahir les parties voisines du foyer qu'elle occupe, et c'est ainsi, par exemple, que la pleurésie et la pleuro-pneumonie gauches rayonnent sur le cœur et ses enveloppes, souvent aussi sur la rate et son enveloppe séro-fibreuse, que la pleuro-pneumonie droite rayonne plus spécialement sur le foie et son enveloppe, et de là des phlegmasies, tantôt superficielles, tantôt plus profondes des organes indiqués, *coïncidences* d'une haute importance, sur lesquelles nous avons tant insisté depuis quelques années (1).

En résumé, chez tous les malades qui depuis trois ans ont succombé dans notre service à la pleuro-pneumonie aiguë franche et *légitime*, nous avons rencontré dans le cœur et les gros vaisseaux des concrétions sanguines évidemment formées en partie avant la mort. Nous avons aussi rencontré de semblables concrétions chez quelques autres sujets emportés par d'autres maladies franchement inflammatoires. Quoi qu'il en soit maintenant de l'époque précise où se sont formées les concrétions dont il s'agit, nous n'hésitons point à poser en LOI D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE : *qu'elles existent constamment, chez les sujets qui succombent à une pleuro-pneumonie aiguë franche, bien caractérisée, et parvenue à son second ou troisième degré.*

S'il venait à se présenter quelques faits *bien observés* dans lesquels ces concrétions auraient manqué, ce serait le cas de rappeler cette maxime : que l'exception confirme la règle au lieu de la détruire (2).

Je conviens que cette conclusion n'est pas conforme à l'opinion de mon savant confrère, M. le docteur Bouvier qui, comme je l'ai rapporté dans mon précédent article, a dit, à propos de concrétions rencontrées par lui à l'ouverture d'un pleuro-pneumonique : « Leur production serait-elle liée à » l'état particulier du sang dansla pleuro-pneumo- » nie?... Je ferai remarquer que ces caillots ne se

---

(1) Je sais comment tout récemment M. Denis, notre savant confrère, a prétendu expliquer la formation de la couenne dite inflammatoire; mais je ne crains pas d'avancer que cette explication ne satisfera pas les observateurs vraiment exacts.

(1) Sous le nom commun de sympathie, John Hunter avait déjà bien signalé les trois modes principaux suivant lesquels les maladies en général et les inflammations en particulier réagissent sur l'économie vivante. Après avoir divisé la sympathie en générale et en locale, il subdivise cette dernière en trois espèces : la sympathie éloignée, la sympathie de contiguïté et la sympathie de continuité. « Nous avons, dit-il, un exemple de cette dernière dans la manière dont l'inflammation s'accroît en étendue. »

(2) Je dis des faits bien observés. En effet, si l'on comptait tous les faits dans lesquels les observateurs n'ont pas noté la présence de ces concrétions comme réellement contraires à la loi que nous venons de poser, on se tromperait étrangement. Pour trouver ces concrétions, encore faut-il examiner avec soin le cœur, les gros vaisseaux et le sang qu'ils contiennent. Or, dans combien de cas ne néglige-t-on pas ce soin! J'ai actuellement sous les yeux une dizaine d'observations de pleuro-pneumonie mortelle recueillies dans un service de clinique. Hé bien! dans aucune de ces observations, il n'est fait la moindre mention de l'état du cœur, des gros vaisseaux et du sang qu'ils contiennent.

» rencontrent pas dans beaucoup de cas de pleurésie et de pneumonie aiguë, comme j'ai pu le vérifier deux jours après la mort de ce malade, en ouvrant une femme de quatre-vingt-cinq ans, » qui avait succombé à la même affection. » Je conviens aussi que ma conclusion n'est pas tout à fait conforme à l'esprit et à la lettre de cette doctrine de M. Laennec, savoir : *Que ce n'est pas chez les sujets jeunes, pléthoriques, pleins de vie et éminemment disposés à l'orgasme inflammatoire, que se forment tout à coup des concrétions polypeuses dans le cœur* (1).

Laissons au temps le soin de faire justice de celle des opinions ci-dessus exposées, qui n'est pas la sincère expression de l'observation exacte des faits.

II. *Diagnostic des concrétions sanguines.—Importance de ce diagnostic pour le pronostic et le traitement.*

Chez douze des quatorze malades dont nous avons rapporté les observations, nous avons *diagnostiqué* positivement ou seulement annoncé comme probable, l'existence de concrétions sanguines dans le cœur ou dans les gros vaisseaux (nous avons diagnostiqué formellement en particulier la concrétion que nous rencontrâmes après la mort dans l'aorte du sujet du 4e cas). Or, ce diagnostic a été porté d'après les signes que nous avions exposés dans le *traité clinique des maladies du cœur et dans la Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*. Et pour ne parler que de ceux fournis par l'auscultation du cœur et par l'exploration du pouls, je ferai remarquer qu'ils se rencontrèrent à un degré plus ou moins marqué chez nos nouveaux malades. Que le lecteur nous permette de les remettre sous ses yeux :

1er *malade*. Battements du cœur tumultueux, bruits sourds, effacés, à peine perceptibles ; pouls irrégulier, intermittent.

2e *malade*, Bruits étouffés, confus ; petitesse du pouls, contrastant avec la force du sujet, la violence et l'étendue de la pneumonie.

3e *malade*. Bruits du cœur obscurs, un peu étouffés ; pouls étroit, embarrassé.

4e *malade*. Bruit de soufflet très-fort, isochrone au pouls, dans la région de l'aorte sous-sternale.

5e *malade*. (On n'explora pas suffisamment le cœur.)

6e *malade*. Bruits du cœur presque entièrement effacés, diminution du volume du pouls.

7e *malade*. Bruits du cœur obscurs, étouffés ; pouls peu développé.

8e *malade*. Bruits du cœur voilés, obscurs, âpres, étouffés ; pouls rapetissé.

9e *malade*. (On n'explora pas suffisamment le cœur.)

10e *malade*. Pouls gauche effacé ; pouls droit composé d'oscillations minces, filiformes, irrégulières, inégales, intermittentes, très-précipitées ; battements du cœur tumultueux, irréguliers, inégaux, intermittents, si précipités qu'on ne peut bien les compter; bruits du cœur sourds, étouffés, brusques, un peu râpeux (1).

11e *malade*. Bruits du cœur obscurs, étouffés.

12e *malade*. Bruits du cœur obscurs.

13e *malade*. Bruit de soufflet au premier temps, frémissement vibratoire dans la région précordiale (2).

14e *malade*. Bruits du cœur presque effacés, remplacés par une sorte de murmure sourd et confus.

Le lecteur voudra bien ne pas oublier que pour diagnostiquer la formation commençante ou déjà plus ou moins avancée de concrétions sanguines dans le cœur et dans les gros vaisseaux, nous ne tenons pas compte seulement de l'ordre de signes ci-dessus exposés, mais de diverses autres circonstances que nous avons indiquées en partie, du moins, dans le premier article de ces recherches, et sur lesquelles le temps et l'espace ne nous permettraient pas de nous étendre suffisamment ici.

On se tromperait beaucoup si l'on croyait que le diagnostic des concrétions sanguines dans le cœur et les gros vaisseaux est un objet de pure curiosité, et qui n'intéresse par essentiellement la pratique. Il n'en est pas ainsi : en effet, en médecine clinique un peu exacte, ce n'est pas une chose oiseuse pour le pronostic que de savoir si une pleuro-pneumonie est ou non accompagnée de la présence de pareilles concrétions. Cet *accompagnement* aggrave singulière-

(1) On épiloguera peut-être sur l'expression de tout à coup pour justifier M. Laennec de la doctrine qu'il enseigne ici. Je le veux bien. Quant à moi, tout en signalant ici l'influence de certaines inflammations sur la production des concrétions polypiformes, je ne prétends pas le faire au préjudice des autres causes indiquées par les auteurs et par moi-même. Malheur à ceux qui excluent une vérité quelle qu'elle soit !

(1) Avant d'être affectée de la pleuro-pneumonie pour laquelle la femme qui est le sujet de cette observation entra dans notre service une seconde fois, elle était atteinte d'une induration de la valvule mitrale avec rétrécissement de l'orifice auquel est adaptée celle-ci, maladie que nous avions diagnostiquée alors, mais qui n'était point accompagnée des signes ci-dessus exposés.

(2) Le sujet de cette observation, antérieurement à sa pleuro-pneumonie, était atteint d'une induration fibro-cartilagineuse des valvules aortiques, et nous restâmes indécis sur la véritable cause du bruit de soufflet qu'on entendait chez lui.

ment le pronostic, lorsque tout indique que les concrétions sont abondantes et qu'elles constituent un obstacle considérable au cours du sang à travers les cavités du cœur et des gros vaisseaux.

Ce n'est pas assurément une chose oiseuse non plus pour la saine pratique, pour une thérapeutique vraiment *éclairée*, que de savoir si l'*accompagnement* qui nous occupe existe ou non dans un cas donné de pleuro-pneumonie. C'est une opinion assez généralement reçue, que dans la maladie dont il s'agit, le pouls se montre plein, fort, développé, large; il n'est pourtant pas rare de rencontrer un pouls embarrassé, assez étroit, qui contraste avec la force des sujets, avec l'étendue et l'intensité de la pneumonie, et aussi souvent avec la force des battements du cœur. C'est alors que la plupart des praticiens recommandent de s'abstenir de nouvelles émissions sanguines si l'on a déjà eu recours à ce moyen, si héroïque quand il est bien manié, ou de n'en point pratiquer même chez les sujets qui n'auraient pas encore été saignés. Ils considèrent cette petitesse du Pouls comme un signe infaillible d'une débilité radicale, d'une formelle adynamie, et ils abondent d'autant plus dans ce sens, que le phénomène dont il s'agit coïncide le plus ordinairement avec un grand abattement, une extrême prostration des forces musculaires, et une tendance plus ou moins marquée aux défaillances, aux lypothymies. Hé bien! dans un très-grand nombre de cas, tous les signes dont il est question ne se rattachent point à un état dynamique direct, essentiel, à une faiblesse radicale de ce qu'on appelle la *force vitale*, mais bien à la présence de caillots commençant à se former ou déjà formés dans le cœur, et non-seulement alors il ne faut pas renoncer aux émissions sanguines, mais il est urgent d'y recourir sans retard, en se conformant d'ailleurs aux règles que nous avons *formulées* avec tant de soin dans plusieurs de nos ouvrages et spécialement dans notre *Clinique médicale.* Combien d'observations ne pourrions-nous pas rapporter ici qui démontreraient que, pratiquées avec une sage et prudente hardiesse, les saignées ont promptement redonné au pouls son volume accoutumé, sa liberté normale, fait cesser les défaillances, relevé les forces au lieu de les abattre, et sauvé définitivement les malades? Je n'exagère point en disant que je possède dans tous leurs détails plus de quarante observations de pleuro-pneumonie de cette espèce.

Mais il faut finir : j'ai déjà dépassé les limites d'un article de journal, et d'ailleurs, des occupations pressantes m'empêchent malheureusement de donner plus d'étendue à un sujet si digne d'exercer l'esprit des amis de la saine médecine, de la clinique exacte (1).

(1) C'est avec un bien grand plaisir que j'ai appris de M. Legroux lui-même, qu'il se proposait de publier prochainement un travail sur ce sujet. En effet, nul plus que M. Legroux n'est capable de s'en occuper avec succès.

Ligature de l'artère sous-clavière, suivie de succès; par le docteur G.-H. White, d'Hudson.

Un jeune homme, d'une forte constitution, reçut dans un duel, à la partie antérieure de l'épaule gauche, un coup de poignard qui blessa l'artère axillaire à sa partie supérieure; il fut sur le point de périr d'hémorrhagie, avant d'avoir pu recevoir des secours éclairés; enfin une forte compression vint à bout d'arrêter l'écoulement sanguin.

Quatre jours après l'accident, il n'était pas douteux qu'une tumeur anévrysmale ne se fût formée; mais l'extrême sensibilité de la tuméfaction des parties voisines firent remettre à quelques jours l'opération qui se trouvait indiquée.

Vers le milieu de septembre, deux semaines après l'accident, la tuméfaction avait disparu, et l'on put facilement reconnaître une tumeur pulsative, volumineuse, qui tendait à repousser la clavicule, et qui était sur le point d'éclater. On pratiqua la ligature en dehors des scalènes, après avoir mis l'artère à découvert, au moyen de deux incisions, l'une parallèle au bord postérieur de la clavicule, l'autre au bord externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et venant tomber sur l'extrémité interne de la première. Au moment où la ligature fut serrée, toute pulsation cessa dans la tumeur. Pendant l'opération on n'eut qu'une petite artère à lier, le malade perdit au plus quatre onces de sang. La plaie fut réunie par des points de suture et des bandelettes agglutinatives. Comme la tumeur était fortement tendue, on y fit une piqûre avec la lancette, ce qui donna issue à une petite quantité de sang, et amena beaucoup de soulagement.

Quatre jours après l'opération, l'artère radiale présentait des pulsations; au bout de huit jours, la tumeur avait entièrement disparu; la ligature tomba le dix-septième jour et la plaie était fermée le vingt-unième.

Ce fait, déjà intéressant sous le rapport de la rapidité avec laquelle une tumeur anévrysmale s'est formée, l'est plus encore par la disparition de cette tumeur, huit jours après la ligature du vaisseau. On sait, en effet, que dans le plus grand nombre des cas et dans les circonstances les plus heureuses, il faut souvent un mois, six semaines et souvent davantage pour que la tumeur anévrysmale ait disparu, ou soit au moins notablement diminuée; mais ici l'opération fut faite quinze jours après l'accident, c'est-à-dire à une époque où les caillots avaient eu à peine le temps de se former, encore moins celui de s'or-

ganiser; ils devaient donc bien moins résister à la résorption.

Le malade qui fait le sujet de la cinquième observation eut l'artère radiale complétement divisée au-dessus du poignet par un instrument tranchant. L'hémorrhagie fut abondante, mais on en vint aisément maître par la compression. On se comporta de la même manière que dans les cas précédents; une compresse graduée, s'étendant à un pouce au-dessus et autant au-dessous de la plaie, fut placée sur l'artère et maintenue par un bandage roulé, étendu de l'extrémité des doigts au pli du coude. Trois semaines après, le malade put reprendre ses occupations.

M. Kirkbride attache une grande valeur à ce mode de traitement; mais, ainsi qu'il le dit lui-même, il exige un soin minutieux, le repos le plus parfait. On doit le continuer au moins pendant trois ou quatre semaines, et quelquefois pendant un temps beaucoup plus long. Quand on pense qu'il est convenable d'enlever une portion ou la totalité du bandage, on doit s'y prendre avec le plus grand soin, en évitant de faire exécuter le moindre mouvement aux parties malades. Les premiers mouvements, lorsqu'on permettra d'en exécuter, devront être faits avec de grandes précautions, en ayant soin de soutenir pendant quelque temps le vaisseau blessé.

Si le bandage est bien appliqué, et le membre tenu dans une bonne position, un degré fort modéré de pression suffit en général pour suspendre l'hémorrhagie, souvent même pour arrêter complétement la circulation dans l'artère. Je ne me rappelle pas, dit en terminant M. Kirkbride, un seul exemple d'insuccès dans les cas où ce mode de traitement a été exactement suivi dans tous ses détails.

(*The American Journal of the medical sciences.*)

Ligature de l'artère iliaque externe suivie de succès; par le professeur PÉTRUNTI; observation recueillie par M. SICILIANI.

Aug. Acampo, porte-faix, âgé de 26 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution athlétique, s'aperçut, après un effort violent nécessité par l'exercice de sa profession, du développement d'une tumeur dans la région inguino-crurale. Elle était d'abord indolente, bien circonscrite, élastique, pulsatile dans toute son étendue, et paraissait évidemment due à un anévrysme de la fin de l'iliaque externe, et du commencement de l'artère crurale. Il entra à l'hôpital le 18 juillet, dans les salles du professeur Pétrunti.

Comme il n'y avait chez ce malade ni les signes d'une diathèse anévrysmale, ni d'autres complications, on pensa pouvoir obtenir la guérison spontanée. Ce fut l'opinion de M. J. Cloquet et du docteur Giroux, qui se trouvaient alors à Naples. On appliqua sur la tumeur un mélange réfrigérant; on fit d'abondantes saignées, qui furent plusieurs fois répétées; le malade fut mis au régime de Valsalva; on donna la jusquiame, le nitre, avec la digitale, etc.; tout cela sans aucun avantage. Le coagulum était loin de se former, les pulsations devenaient plus fortes, le sac anévrysmal était plus tuméfié et plus tendu, au point de faire craindre sa rupture et le passage de l'anévrysme à l'état diffus. On jugea l'opération promptement nécessaire; car, pour peu qu'on attendît, on avait à craindre que la maladie, en s'étendant par en haut, n'enlevât l'unique ressource qui restait encore, c'est-à-dire la ligature. Elle fut pratiquée le 18 octobre, d'après la méthode de Scarpa. On se servit d'une ligature composée de cinq fils de soie crue, et d'un bourdonnet entouré de peau, dont la longueur égalait trois fois environ la largeur du ruban de soie. Le professeur Pétrunti a l'habitude de peu serrer le fil pour ne pas couper trop tôt l'artère, c'est-à-dire avant que le caillot s'organise dans le bout supérieur, et pour éviter les hémorrhagies secondaires. On suivit ce procédé chez le malade, le fil ne tomba qu'au bout de dix-sept jours, et le reste se passa si bien qu'au bout d'un mois la guérison était parfaite.

Le professeur Pétrunti commença, dans ce cas, par essayer de la méthode de Valsalva, à laquelle cependant il n'accorde pas une grande confiance: car il est loin de répéter, avec d'autres chirurgiens italiens, l'axiôme « *anevrisma, ergo cura Valsaviana.* » D'après lui, si, d'un côté, ce mode de traitement affaiblissant ralentit la circulation sanguine, de l'autre, il rend le sang moins coagulable, en lui ôtant une trop grande quantité de fibrine, et diminuant ainsi la force de résistance des parois du sac.

Cette observation nous montre encore l'emploi de la ligature plate et du cylindre de Scarpa; elle nous fait voir aussi que les préjugés relatifs aux causes d'hémorrhagies, au mode d'oblitération des artères, sont loin d'être détruits en Italie; l'influence du maître se fait encore sentir, les idées de John et des chirurgiens modernes n'ont pu la renverser.

(*Il filatre Sebesio.*)

Sur la pleurésie chronique et l'empyème; par M. HEYFELDER, de Sigmaringen.

La maladie dont je vais parler ici n'est ni nouvelle ni extrêmement rare, mais elle n'a été bien connue que dans ces derniers temps, où l'on a appris à tirer de bons résultats de l'emploi de l'auscultation, de la percussion et de l'anatomie pathologique. Je vais

donner ici d'abord l'histoire de quelques cas de pleurésie chronique que j'ai eu l'occasion d'observer. Ensuite je communiquerai quelques remarques sur le diagnostic, la pathologie et la thérapeutique de cette maladie.

Obs. I.—Alfred de Settele, garçon de 7 ans, fort et jusque-là bien portant, dont le père est poitrinaire, venait d'avoir la rougeole et la coqueluche. Deux mois après la dernière maladie, il tomba malade avec frissons, vomissement et douleurs dans l'abdomen; ensuite il ressentit une chaleur sèche, son pouls s'accéléra, et le lendemain il se plaignit de douleurs dans la tête, dans l'abdomen et dans les membres; sa langue était sèche, les alentours du nombril étaient douloureux, il y avait constipation, l'excrétion des urines était rare et brûlante, la soif forte, le pouls dur et fréquent. (Traitement, 12 sangsues ad locum dolentem, intérieurement le calomel.) Quatre jours après, l'enfant se plaignit de douleurs dans le côté gauche de la poitrine et il toussait. On répéta les sangsues, et on administra le nitre dans une décoction de guimauve, ce qui procura un soulagement notable; mais le pouls resta fébrile, l'enfant continua de se plaindre de point de côté et de tiraillements dans les membres, et la toux persista sèche. Le lendemain (29 avril 1836) le malade ne sentait plus de point de côté ni de tiraillement dans les membres, mais une douleur sourde dans la vessie et dans le côté gauche de la poitrine, lorsqu'il respirait profondément; en même temps il ne pouvait émettre les urines qu'avec douleur et goutte à goutte. On lui appliqua des sangsues au périnée et au-dessus du pubis et on lui donna intérieurement le calomel, le nitre et l'eau d'amandes amères. L'enfant se trouva soulagé dans les premières 24 heures: il émit l'urine sans difficulté, mais l'inspiration lui causa un peu de douleur dans le côté gauche de la poitrine et une petite toux sèche; c'est pour cette raison qu'on lui appliqua encore une fois des sangsues sur la poitrine, après quoi il se porta mieux et demanda même à manger, ce qu'il n'avait pas fait jusqu'ici. L'état resta le même jusqu'au 9 mai, où l'enfant loin de prendre indifféremment chaque position se couchait moitié sur le dos, moitié sur le côté gauche, la tête penchée vers l'épaule gauche. Chaque fois qu'il essayait de sortir de cette position, il était pris d'une difficulté de respirer et d'une forte toux sèche. Cependant quelquefois il crachait des mucosités aqueuses et mousseuses après avoir toussé longtemps. La respiration était brève; les battements du cœur étaient fréquents et forts, de sorte que le thorax entier en était ébranlé. Peu à peu les battements du cœur devinrent insensibles au côté gauche de la poitrine et ils augmentèrent à droite. En même temps, il parut un œdème léger sur la main gauche et sur la partie gauche de la poitrine. L'enfant maigrissait, avait des sueurs nocturnes, perdait l'appétit, toussait sec et plus fréquemment, et respirait avec difficulté. Le traitement avait été jusqu'ici antiphlogistique, à présent l'enfant ne prenait que de l'eau de Seltz coupée avec du lait de chèvre.

Appelé en consultation près du malade à la mi-juin, je le trouvai dans l'état suivant: les battements du cœur ne se sentaient qu'à droite, le côté gauche de la poitrine était plus développé que le côté droit, ce qui fut constaté par la mensuration; la percussion donnait un son mat à gauche et un son clair à droite. L'auscultation faisait entendre à droite le bruit de respiration, qui n'existait pas à gauche. Nous diagnostiquâmes un empyème dans le côté gauche de la poitrine et nous jugeâmes la paracenthèse nécessaire.

Le 2 juillet, après un examen très-détaillé des deux côtés de la poitrine, l'opération fut faite avec un bistouri entre la sixième et la septième côte, au milieu, entre la colonne vertébrale et le sternum. Environ deux chopines d'un fluide épais, blanc, inodore et tenace en sortirent d'un seul jet. Pendant l'écoulement, la respiration devint plus libre, et en même temps son bruit redevint distinct. La percussion donna un son moins mat, et les battements du cœur disparurent à droite et revinrent à gauche. Après l'évacuation de ce fluide, le malade pouvait supporter la position sur le côté gauche et sur le côté droit. Une mèche de charpie fut placée dans la plaie, d'où sortit encore du pus jusqu'au 8 juillet. Depuis ce temps la plaie se ferma et l'enfant entra en convalescence.

Obs. II.—Frédéric Lauchert, âgé de 6 ans, fort et bien portant, né de parents sains, eut, au mois de décembre 1833, une éruption humide à la face, principalement à l'oreille et à la région auriculaire; elle céda à l'emploi des diurétiques. Vers la fin de janvier 1834, inflammation de la glande parotide qui se dissipa au bout de quinze jours par un traitement antiphlogistique. Le 27 février, se déclarent, après un refroidissement, tous les signes d'une phlegmasie intestinale qui atteint bientôt un très-haut degré d'intensité. (Traitement *antiphlogistique* et moyens dérivatifs.)

Au bout de cinq jours, et après deux exacerbations, la fièvre et les signes de l'inflammation intestinale disparaissent; mais des symptômes du côté de la poitrine, qui s'étaient déjà montrés dans le principe de l'affection intestinale, deviennent plus marqués; toux plus fréquente et plus forte, persistant nuit et jour, chute des forces, amaigrissement, douleur à l'épaule gauche; de nouveau, pouls fréquent et tendu, soif, inappétence, fièvre continue avec exacerbations irrégulières. Peu à peu le malade recherche de préférence le décubitus sur le côté gauche; au mois de mars il ne peut plus se coucher que sur

ce côté; toute autre position, même la position assise, augmente la toux et la dyspnée; on remarque que les battements du cœur sont très-sensibles du côté droit; la respiration, devenue courte, accélérée, inquiète, s'accompagne d'un râle muqueux; nuits sans sommeil, sueurs qui épuisent le malade, urines rares, claires, d'un rouge vif.

Appelé en consultation près du malade, le 8 avril, je le trouvai dans l'état suivant : position accroupie sur le côté gauche; la paroi thoracique droite bombée vers le haut; émaciation extrême, sueurs profuses, pouls petit, inégal, accéléré, grande faiblesse, perte de l'appétit; langue et gencives rouges, chaudes, humides; expression de douleur, d'anxiété, et teinte de cyanose à la face, yeux enfoncés, doigts maigres, effilés, avec courbure des ongles, soif fatigante; décubitus forcé sur le côté gauche, toux, respiration courte, fréquente, anxieuse; les muscles thoraciques paraissent frappés d'inertie; insomnie, ou, à la moindre tendance à dormir, réveil en sursaut; élévation et déviation à droite du sternum; courbure de la colonne vertébrale, différence notable, des deux côtés du thorax, constatée par la mensuration, dilatation plus forte du côté gauche, surtout au-dessous des fausses côtes, déviation à droite du cœur, dont les battements fréquents et quelque peu irréguliers ne sont presque plus perçus à la région précordiale gauche; son mat du côté gauche de la poitrine et absence de tout bruit respiratoire, égophonie sous la troisième côte. Du côté droit la percussion et l'auscultation ne démontrent rien d'anormal, pulsations du cœur par moments irrégulières et non isochrones avec les battements parfois intermittents du pouls. Donc plus de doute sur la présence d'un liquide dans la cavité thoracique gauche. 48 heures après ce premier examen on aperçut même une tuméfaction considérable entre les troisième et quatrième, et une plus forte encore entre les sixième et septième côtes. La paracentèse est faite en ce dernier endroit à l'aide d'un bistouri; il s'échappe de la plaie, par un jet abondant et continu, une quantité énorme de pus (6 chopines), et le malade en éprouve aussitôt un soulagement marqué, il demande à manger, et après avoir satisfait ce désir, il se livre pendant quatre heures à un sommeil véritablement réparateur; car à son réveil il éprouve un sentiment de bien être; la toux a disparu et la respiration est plus libre; il est à remarquer aussi que pour la première fois l'urine se secrète en plus grande abondance, et que sa couleur est plus naturelle. Comme le pus continue à suinter, on n'interpose point d'éponge préparée entre les lèvres de la plaie; eau de Seltz coupée avec du lait, bouillon mucilagineux, infusion de digitale avec de l'eau d'amandes amères. La nuit après l'opération fut bonne, sommeil jusqu'au matin, un seul accès de toux. Le lendemain j'examinai la poitrine du malade avec le stéthoscope, plus d'égophonie, mais point de bruit de respiration, battements du cœur plus réguliers, moins sensibles dans la région précordiale droite. Le dixième jour après l'opération, son moins mat du côté gauche, quelques traces de retour de la respiration de ce côté, différence des deux côtés de la poitrine moins sensible à la mensuration. Du reste, état normal, retour des forces; le malade peut se lever quelques heures. (Plus de médicaments, on continue l'eau de Seltz avec le lait, diète légère et nourrissante. La plaie dans les parois du thorax se cicatrisa au commencement de juin, où l'enfant fut considéré comme guéri.

Soumis, le 24 juin, à un examen attentif, il présente les particularités suivantes : les deux côtés de la poitrine donnent à la percussion un son également sonore; bruit respiratoire presque égal des deux côtés; la mensuration ne fait voir qu'une différence de trois quarts de pouce entre les deux moitiés du thorax immédiatement au-dessus des mamelons, mais les fausses côtes sont encore fortement bombées en devant et en dehors; battements du cœur encore sensibles à droite, quoique à un plus faible degré, la colonne vertébrale paraissant avoir repris sa direction verticale, omoplate et mamelons un peu plus aplatis à gauche qu'à droite; dans les inspirations profondes, la moitié droite du thorax paraît se dilater davantage que la moitié gauche. — Dans ce moment-ci on n'aperçoit plus de différence entre les deux moitiés du thorax sous aucun rapport, et l'enfant se porte tout à fait bien.

Obs. III. — Armand May, soldat de ligne, âgé de 21 ans, d'une constitution saine, mais plutôt délicate que forte, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 8 ans, où il fut pris de la coqueluche dans un haut degré, et bientôt après de la fièvre scarlatine. A la fin de cette dernière maladie, cet individu fut affecté d'une toux forte qui le força de garder le lit six mois. Depuis cette époque, il est sujet aux affections catarrhales. De la onzième jusqu'à la dix-huitième année, sa santé fut bonne, si ce n'est l'angoisse qu'il ressentait lorsqu'il gravissait une montagne ou qu'il montait un escalier.

A l'âge de 12 ans, il but froid en sortant d'une maison de danse, après quoi il fut affecté d'une pleurésie, qui le retint au lit pendant sept semaines. A l'âge de 20 ans, il entra dans le militaire; après six mois de service, il fut pris d'une bronchite, dont il fut guéri, après un séjour de sept semaines à l'hôpital, d'où il se rendit en congé chez sa mère. A peine fut-il arrivé chez lui, qu'il sentit un point de côté avec toux; quelque temps après, il éprouva des douleurs à l'épaule gauche et à la colonne vertébrale; il ne supportait pas la position sur le côté droit, la toux était sèche, l'appétit nul, aussi avait-il une sen-

sation de pesanteur dans le côté gauche de la poitrine et transpirait excessivement pendant la nuit. Ce n'est qu'après cinq semaines qu'il chercha le conseil d'un médecin.

Le 27 décembre 1835, je vis le malade pour la première fois avec un autre médecin (M. Haux), et je le trouvai dans l'état suivant : haut degré d'amaigrissement, pouls d'irritation, accéléré, dur, ce qui était plus prononcé vers le soir ; transpiration copieuse dans la nuit, grand abattement le matin, urine rouge, rare, avec un dépôt floconneux, toux brève et sèche, respiration gênée, mais sans douleurs, décubitus forcé sur le côté gauche, peu de soif et peu d'appétit, sommeil nul, son mat à la percussion du côté gauche de la poitrine, tant à la partie antérieure, qu'à la partie postérieure. L'auscultation démontre l'absence totale du bruit respiratoire de ce côté de la poitrine, un faible bruit bronchique près du côté gauche de la colonne vertébrale, l'égophonie à deux pouces au-dessous de la clavicule. L'exploration du poumon droit en démontre l'état sain. Les battements du cœur sont perçus au côté droit, presque au milieu de l'espace compris entre le sternum et le mamelon ; ils correspondent avec le pouls sous le rapport de la vitesse. La mensuration démontre que le côté gauche de la poitrine est plus développé de deux pouces que le côté droit. Élévation élastique entre la septième et la huitième côte. Les fausses côtes du côté gauche, repoussées en avant, s'avancent plus que celles du côté droit. Nous diagnostiquons un empyème du côté gauche de la poitrine, ce qui nous engage à faire l'opération de la paracentèse, à l'aide d'un bistouri, à l'endroit de l'élévation entre la septième et la huitième côte. L'opération faite, sept chopines d'un pus verdâtre sortirent d'un seul jet sans interruption. La toux et l'inspiration en augmentèrent la sortie ; sous une inspiration profonde que le malade fit, on entendit un bruit semblable à la déchirure d'une pseudo-membrane. L'évacuation du pus cessée, l'égophonie n'existait plus, la percussion procurant un son moins mat à l'auscultation, permit d'entendre le bruit respiratoire faiblement, même à quelque distance de la colonne vertébrale. En même temps les battements du cœur étaient moins prononcés à droite et déjà plus rapprochés du sternum. En outre, le malade pouvait supporter la position sur le côté gauche comme sur le côté droit. Après avoir placé un bourdonnet dans la plaie, nous la couvrîmes avec de la charpie et une compresse ; le malade s'endormit, sommeilla bien tranquillement et se trouva mieux au réveil. On lui permit de la crème d'orge et de l'eau de Seltz coupée avec du lait chaud pour boisson. La nuit suivante, où le baromètre était très-haut, et le thermomètre de Réaumur marquait 15° au-dessous de zéro, le malade toussa beaucoup sans cracher ; par conséquent le sommeil était souvent interrompu. En même temps environ trois chopines de pus sortirent encore de la plaie. Le lendemain, il y eut encore une évacuation de 4 onces de pus ; la respiration resta libre ; il pouvait sans difficulté se placer sur les deux côtés, l'appétit était faible, la soif forte, et l'excrétion des urines copieuse. La transpiration excessive avait cessé, les battements du cœur ne se présentaient pas encore à gauche. La nuit du 28 au 29 décembre se passa assez tranquillement, l'excrétion du pus avait diminué et devint rougeâtre, la toux et la soif disparurent ; le pouls était dans un état normal.

Le lendemain encore moins de pus sortit de la plaie ; en même temps qu'il toussait, on sentit l'air sortir de la plaie. Le même état fut observé le 31 décembre.

Le 1er janvier 1836, le malade fut sans fièvre et de bonne humeur, aussi montra-t-il de l'appétit et prit un consommé. Peu de lymphe rougeâtre sortit de la plaie. L'état du malade s'améliora jusqu'au 8 janvier, le sommeil devint tranquille et non interrompu, le pouls naturel, l'urine naturelle. Environ six chopines de lymphe sortirent de la plaie en 24 heures. Les battements du cœur se sentirent encore à droite. Du 8 au 24 janvier, la convalescence fit des progrès, à peine une once de pus par jour sortit de la plaie, l'appétit devint plus fort et toutes les fonctions présentèrent une marche régulière, le malade gagna de l'embonpoint et des forces. Le 24 janvier, la plaie ne rendait plus de pus ; la succussion fit entendre la présence d'un fluide dans la poitrine, le malade éprouva de la dyspnée, une agitation fébrile et une plus grande disposition à tousser.

Cet état dura quatre jours. Le cinquième presque deux chopines d'un fluide purulent s'évacuèrent par la plaie, après quoi le malade se sentit soulagé et la succussion ne fit plus entendre la présence d'un fluide. Le 3 février le malade se porta encore une fois comme avant la dernière exacerbation. Le 7 février, deux onces et demie de liquide s'évacuèrent, cependant le pouls resta normal, le sommeil bon et chaque fonction régulière.

Du 7 au 29 février la convalescence fit des progrès. Ce jour là cet individu se refroidit et manqua à la diète ; la nuit suivante il eut des frissons, ensuite une chaleur sèche, il perdit l'appétit et les forces, toussa davantage et sentit des douleurs dans la poitrine, particulièrement derrière la 7e côte du côté gauche. L'auscultation et la percussion démontrèrent une pleuro-pneumonie du côté gauche, la langue était chargée, pas d'appétit et point de selles, le pouls dur et accéléré. Le traitement antiphlogistique ramena un état satisfaisant, de sorte que le malade entra en convalescence le 15 mars. Le 19 de ce mois, le malade, en toussant, évacua deux morceaux de fausse membrane et trois chopines de

liquide puriforme par la plaie. Le 20 mars une chopine de lymphe rougeâtre en sortit. Depuis ce jour jusqu'au 18 avril la convalescence fit des progrès rapides, quoique tous les jours environ une chopine de pus s'évacuât. Depuis le 18 avril il devint incolore et diminua peu à peu jusqu'à quelques gouttes. En même temps, l'individu prit haleine sans difficulté, de sorte qu'il pouvait gravir les montagnes, monter l'escalier sans inconvénient et vaquer à ses travaux.

Son état resta tel jusqu'au 17 novembre, où il fut pris d'une fièvre gastrique, en même temps une plus grande partie de matière puriforme sortit de la plaie, qui n'était pas encore fermée. Dix jours après il se développa un état inflammatoire du poumon et de la plèvre gauches, qui céda à un traitement antiphlogistique. En avril 1837, l'individu fut affecté de la grippe, qui augmenta encore une fois l'évacuation du pus par la plaie.

Le 5 juin 1837, Armand May se trouvait dans l'état suivant : l'épaule gauche plus basse que la droite, les côtes et le scapulum descendus, la moitié gauche du thorax aplatie, le mamelon gauche un pouce et demi plus bas que le droit, les battements du cœur plus rapprochés de leur siége naturel, pendant l'inspiration le côté droit de la poitrine s'élargissait beaucoup et le côté gauche presque pas; le bruit respiratoire n'était pas aussi prononcé à gauche qu'à droite, la mensuration faisait voir une différence d'un pouce et demi entre les deux côtés, le pouls était normal et l'état de santé en général satisfaisant. Cet homme prit le petit-lait pendant quatre semaines à Beuron et l'amélioration fit des progrès. Quoique la plaie existe toujours, il se porte bien et vaque à ses occupations.

Obs. IV. — J. Buck, garçon de 6 ans, d'Altheim, jusque-là bien portant, fut affecté le 15 janvier 1838 de symptômes de fluxion de poitrine. Ce n'est que le 25 du même mois que les parents consultèrent un médecin, qui reconnut une pleurésie du côté gauche et ordonna un traitement antiphlogistique et plus tard des révulsifs. L'état du malade s'améliora; mais la convalescence n'était pas franche, car on observa chaque soir des mouvements fébriles. Demandé en consultation, je trouvai le malade dans l'état suivant : position accroupie sur le côté gauche, la paroi thoracique droite bombée vers le haut, la tête penchée vers l'épaule gauche, impossibilité de changer cette position, sans occasionner des angoisses et une toux sèche et de temps à autre un peu humide; la respiration est brève, entrecoupée et accélérée; expression d'anxiété dans la figure enflée et cyanosée; amaigrissement assez considérable, la peau est humide, le pouls accéléré, mou et inégal; la langue rouge aux bords et à la pointe, au milieu légèrement blanche, l'appétit n'est pas tout à fait supprimé, la soif est plus forte que dans l'état naturel, le ventre libre, l'urine copieuse, chargée, les mains et les pieds sans œdème, mais émaciés avec courbure des ongles; déviation à droite du cœur, dont les battements fréquents ne sont presque plus aperçus à la région précordiale, dilatation plus forte de la moitié gauche du thorax, déviation à droite du sternum, de sorte que l'extrémité droite en était convexe et l'extrémité gauche concave. La colonne vertébrale présentait la même courbure, il existait un peu d'œdème aux parties molles du côté gauche de la poitrine, qui en bas, paraissait plus bombé que le droit. La percussion donnait un son mat à gauche et un son clair à droite, l'auscultation montra que le bruit respiratoire n'existait pas à gauche, il y avait égophonie un pouce audessus du mamelon, que le bruit de la respiration était très-prononcé à droite. La succussion détermina un bruit particulier à gauche. Par conséquent, la présence d'un épanchement au côté gauche de la poitrine était hors de doute et la paracentèse indiquée, ce que les parents de l'enfant ne permirent que 15 jours plus tard. Le jour où nous fîmes l'opération, l'enfant se trouva encore presque dans le même état, quoique tous les symptômes parurent plus prononcés et que l'égophonie n'existât plus, ce qui me prouva que la moitié gauche de la poitrine était tout à fait remplie du fluide. En présence de M. le docteur Vogel, je fis l'opération avec un bistouri entre la 7e et la 8e côte, au milieu de l'espace compris entre le sternum et la colonne vertébrale. L'incision faite à la plèvre, environ six chopines de pus en sortirent en plein jet. Pendant l'évacuation du pus l'enfant se trouva déjà soulagé, on entendit le bruit respiratoire et l'égophonie au tiers supérieur du côté gauche. Cette dernière baissa peu à peu avec l'évacuation du liquide et disparut tout à fait à la fin; la percussion donna un son moins mat, mais pas si clair qu'au côté opposé. Cependant, les battements du cœur ne changèrent pas de place, du moins ils ne se montrèrent pas au côté gauche.

Nous mîmes un bourdonnet jusque dans la cavité de la poitrine, et nous couvrîmes la plaie avec du linge fenêtré, de là charpie et une compresse, tout cela contenu par une bande circulaire. Le pansement fait, l'enfant prit du lait coupé avec de l'eau, sans tousser, et dormit tranquillement pendant une heure et demie, après avoir passé les trois dernières vingt-quatre heures sans dormir. Je visitai ce malade encore une fois le même jour; je trouvai la charpie et la compresse que j'avais mises sur la plaie, trempées de liquide. Nous ordonnâmes une diète sévère et de l'eau de Seltz coupée avec du lait pour boisson. — Le lendemain, le pansement ôté, le bourdonnet ne fut plus trouvé dans la plaie, mais devant elle, et peu de liquide en sortit, même pendant l'inspiration et un accès de toux. La même chose fut ob-

servée dans les deux jours suivants, quoique le bourdonnet fût introduit jusque dans la cavité de la poitrine. Le sixième jour après l'opération, l'enfant adopta encore une fois la position accroupie sur le côté gauche, la percussion donna un son mat, le bruit de la respiration fut moins fort en haut, nul en bas. La respiration était plus courte, accompagnée d'angoisses et d'une toux sèche, le pouls et les battements du cœur plus accélérés; depuis deux jours point d'évacuation de pus par la plaie. Cet état dura cinq jours; au moment où je me décidais à faire une dilatation de la plaie l'enfant fut pris d'un accès de toux qui fit sortir une grande quantité de pus, après quoi tous les accidents mentionnés se dissipèrent. Depuis ce temps, l'évacuation du pus se continuait et présentait à peu près la valeur d'une chopine par jour; néanmoins l'enfant entra en convalescence. Un mois après l'opération, l'enfant se portait si bien qu'il pouvait jouer plusieurs heures en plein air. Cependant une petite quantité de pus sortit encore de la plaie, mais l'exploration de la poitrine avec le stéthoscope et le plessimètre donnait un son plus clair et dénotait la présence du bruit de la respiration au côté gauche de la poitrine qui était moins développé que le côté opposé. Le retour de la belle saison favorisa la convalescence de l'enfant, tellement qu'à la fin du mois de mai, il pouvait passer toute la journée en plein air, qu'il mangeait avec le meilleur appétit et qu'il dormait bien dans toute position, sans aucune difficulté. Lorsque j'examinai l'enfant pour la dernière fois, il y a un mois, je trouvai un son clair au côté gauche, quoique un peu moins qu'à droite, le bruit respiratoire un peu moins fort à gauche et un peu plus prononcé près de la colonne vertébrale, l'épaule et le mamelon plus bas que ceux de l'autre côté, et les fausses côtes plus saillantes : à cela près l'enfant se porte bien.

Obs. V. — Constantin Boos, âgé de 7 ans, avait eu en 1836 une pleurésie du côté droit, qui céda à un traitement antiphlogistique. Au mois de mars 1837, l'enfant eut la même maladie, qui combattue par les antiphlogistiques devint chronique, et pendant un accès de toux l'enfant évacua du pus mêlé avec du sang. Après cela, l'enfant entra en convalescence : mais bientôt après, un refroidissement reproduisit les mêmes symptômes : position accroupie sur le côté droit et impossibilité absolue d'en changer ; amaigrissement, sueurs abondantes dans la nuit, appétit nul, toux fréquente, sèche et de temps à autre un peu humide, respiration brève et entrecoupée; urines peu abondantes. La moitié droite du thorax était plus développée que celle du côté gauche, la percussion donnait un son mat à droite et un son clair à gauche, point de bruit respiratoire à droite, égophonie immédiatement au-dessous du mamelon droit. La nuit suivante, l'enfant fut pris d'un fort accès de toux et évacua environ une chopine de pus mêlé avec du sang, après quoi il pouvait adopter chaque position et respirer librement. Le lendemain l'égophonie n'existait plus, la percussion donnait encore un son un peu mat, le bruit de la respiration n'était pas encore aussi clair à droite qu'à gauche. L'enfant garda encore le lit pendant quelques semaines; il observa une diète sévère et entra ensuite en convalescence.

Obs. VI. — L'individu qui fait le sujet de cette observation est un soldat âgé de 20 ans, de taille moyenne, d'une apparence scrofuleuse. Pendant l'hiver 1823-1824, il fut pris, par un temps humide, d'une affection sub-inflammatoire de la poitrine, qui fut traitée par des moyens antiphlogistiques et dérivatifs, mais n'en revêtit pas moins un caractère chronique. Bientôt il s'y joignit des symptômes de pleurésie chronique. Ayant perdu de vue cet individu, j'eus occasion de le revoir au bout de neuf semaines; tous les symptômes avaient disparu sans expectoration et sans élimination par les parois thoraciques; j'examinai la poitrine et je trouvai une grande différence entre les deux moitiés du thorax, dont la gauche était aplatie et comprimée; le mamelon de ce côté paraissait enfoncé et l'omoplate inclinée. De plus le côté gauche ne se dilatait point pendant les inspirations, mais restait entièrement inactif, tandis que le côté droit se dilatait avec force. Enfin, son mat et absence du bruit respiratoire dans toute l'étendue de la partie gauche du thorax.

La pleurésie chronique succède fréquemment à une pleurésie aiguë incomplétement ou tardivement traitée, ou lorsque les convalescents s'exposent trop vite à l'influence des agents extérieurs. L'interruption de la marche régulière des maladies rhumatismales, catarrhales et exanthématiques, paraît favoriser le développement de la pleurésie aiguë. La troisième période de la rougeole et de la scarlatine est celle où il y a grande disposition pour la maladie en question. Quelquefois la pleurésie chronique ne succède pas à un état aigu, mais elle se développe d'elle-même d'une manière latente. M. Broussais en cite des exemples dans le premier volume de son *Traité des phlegmasies ou inflammations chroniques*. Dans ces cas la maladie paraît être un effort critique incomplet. M. Cruveilhier l'a observée après des fièvres intermittentes, et dans le cours des cancers de l'estomac et du foie. Les commotions des organes du thorax produisent aussi cette maladie. Les personnes qui sont atteintes d'une dyscrasie quelconque ont une disposition particulière pour la pleurésie chronique, ce qui est en quelque sorte aussi constaté par les cas que j'ai observés. Car le premier individu, fils d'un père phthisique, venait d'avoir la rougeole et la coqueluche lorsqu'il fut affecté de la pleurésie, le second malade venait d'être guéri d'une

éruption humide à la face, d'une inflammation de la glande parotide et d'une entérite, le troisième portait une disposition particulière pour la pleurésie dès sa première jeunesse, où il avait eu la scarlatine.

Lorsque la pleurésie chronique succède à une pleurésie aiguë, les symptômes locaux de cette dernière disparaissent quelquefois (obs. I, III, IV). Primitive, elle est souvent sans douleur, apyrétique et latente, quoique vers le soir le malade ressente un plus grand malaise général : aussi passe-t-il ordinairement les nuits sans sommeil, et se plaint-il sans pouvoir dire l'endroit où il souffre; plus tard amaigrissement, pouls dur, accéléré et quelquefois même petit et inégal, langue rouge, humide, ayant les papilles prononcées, urine rouge et peu copieuse, quelquefois avec un dépôt floconneux (obs. III), appétit nul, soif forte. Quelquefois les malades se plaignent d'une douleur sourde dans la poitrine, mais très-souvent ils n'en parlent pas. La position accroupie sur le côté malade, est un symptôme qui mérite l'attention du médecin. Elle est d'autant plus prononcée que l'épanchement est plus considérable. Souvent les malades ne toussent pas du tout, ou la toux ne les prend qu'au moment où ils essaient de quitter cette position. Dans la plupart des cas la toux est sèche et brève, quelquefois seulement accompagnée d'une expectoration écumeuse. La respiration est peu troublée au commencement, plus tard elle est entrecoupée, la paroi malade de la poitrine, plus développée que la paroi saine, ne s'élargit pas par l'inspiration, courbure de la colonne vertébrale et du sternum, déviation du cœur, dont les battements ne sont plus aperçus à leur endroit naturel. Lorsque l'épanchement existe dans la moitié droite de la poitrine, le cœur est poussé vers les côtes du côté gauche, ce qui fait que les battements du cœur sont très-répandus à gauche et causent des accidents qu'ordinairement on n'observe que dans les maladies du cœur et du péricarde. Si au contraire la paroi gauche est le siége de l'épanchement, le cœur est reculé à droite et ses battements sont perçus dans cette région (obs. I, II, III, IV). Il y a aussi des cas où le cœur est pressé par l'épanchement vers la partie antérieure de la paroi thoracique, ce qui s'annonce par des battements extrêmement forts; il y en a d'autres où le cœur est poussé en arrière, ce qui s'annonce par les battements seulement perçus au dos. La déviation de la moitié malade du thorax est plus prononcée en bas sur les fausses côtes. La succussion détermine quelquefois un bruit particulier que fait le flot du liquide en retombant sur lui-même (obs. III. et IV). Cependant tous ces symptômes n'existent pas toujours. En outre ils peuvent exister dans plusieurs maladies de l'appareil respiratoire autres que l'empyème, par conséquent ils ne peuvent pas être regardés comme pathognomoniques. Ce n'est que par l'auscultation, la percussion, la mensuration et l'ensemble des symptômes que le diagnostic de la pleurésie chronique est assuré. Si l'on frappe le côté malade, partout où le liquide n'existe pas, on entend un bruit profond et sonore, au contraire la région où le liquide existe est insonore et mate. L'auscultation prouve que le bruit respiratoire n'existe pas dans tous les points occupés par le liquide épanché, en même temps elle laisse entendre l'égophonie aux limites supérieures de l'épanchement, quand le malade parle.

La pleurésie chronique peut se terminer par la mort ou par la guérison. La première terminaison a lieu ou par dépérissement progressif à la manière des phthisiques, ou par suffocation à la manière des personnes affectées d'une maladie de cœur. La guérison se fait soit par la résorption graduelle du liquide épanché (obs. V), soit au moyen de l'évacuation par les bronches du liquide épanché, soit par l'évacuation de ce liquide par une ouverture spontanée ou artificielle de la paroi thoracique (obs. I, II, III, IV). La guérison au moyen de l'évacuation du liquide par les bronches est moins rare que par la résorption graduelle, que l'on n'observe pas souvent. Dans ce cas le liquide qui a pénétré dans les voies aériennes en est expulsé par des efforts de vomissement et d'expectoration. Comme Bégin, Cruveilhier et autres, j'ai vu mourir à Trèves une jeune fille de 20 ans, le liquide ayant rempli les tuyaux bronchiques et la malade n'ayant pu s'en débarrasser par l'expectoration, ce qui fut constaté par l'ouverture du cadavre. Après l'évacuation du liquide par les bronches, la guérison ne tarde pas ordinairement à se faire, mais il y a aussi des exemples où cette élimination n'a pas suffi, et où on a été obligé de pratiquer encore la paracentèse. Becker de Berlin en a cité des exemples. On cite aussi des cas où en même temps le liquide épanché s'évacua par les voies aériennes et par une ouverture spontanée de la paroi thoracique.

L'évacuation du liquide par une ouverture spontanée de la paroi thoracique n'est pas très-fréquente. Alors on voit survenir dans un endroit quelconque du thorax, qui n'est pas toujours le plus déclive (obs. II, III), une tumeur fluctuante. L'évacuation du liquide par l'ouverture dans la paroi thoracique est ordinairement plus complète que par les voies aériennes. Les ouvertures se cicatrisent avec une plus ou moins grande facilité. Kortens (*Hufeland's Journal*, 1834, juin) cite un exemple où la cicatrisation complète ne s'est pas faite dans les premières dix années. Après l'évacuation du liquide épanché, la percussion fait entendre au côté malade un son plus clair, un léger bruit respiratoire, et les battements du cœur se rapprochent de leur siége naturel. Par la mensuration on trouve la moitié malade du

thorax moins dilatée et même rétrécie. De plus, cette dernière partie s'aplatit, l'épaule et le mamelon sont plus bas que du côté opposé (obs. I, II, III, IV). Si l'individu est jeune et que la maladie ne soit pas de longue date, peu à peu la moitié qui avait été affectée revient à l'état naturel.

Mais si l'épanchement existe depuis longtemps, les fausses membranes compriment tellement le poumon, qu'il ne peut plus reprendre son volume primitif.

La nécroscopie des personnes mortes de la pleurésie chronique a fait voir la plèvre plus rouge qu'à l'état normal, le liquide épanché dans la poitrine trouble, quelquefois rougeâtre ou sanguinolent, laiteux, puriforme, albumineux. Une fausse membrane composée de plusieurs couches recouvre souvent la surface entière de la plèvre, ou bien elle ne forme qu'un sac isolé dans la partie inférieure de la cavité thoracique. En même temps elle enveloppe le poumon refoulé et comprimé par le liquide épanché; quelquefois on ne trouve pas de traces de fausse membrane. Le poumon est souvent tellement réduit dans son volume, que son épaisseur n'est que de 4 à 6 lignes, et que l'on n'y trouve ni sang ni crépitation.

La pleurésie chronique attaque plus souvent le côté gauche que le côté droit, plus les hommes que les femmes. De vingt cas, dont j'ai trouvé l'histoire détaillée chez différents auteurs, quinze existaient dans le côté gauche et seulement cinq dans le côté opposé; dix-neuf malades appartenaient au sexe masculin et un seul au féminin. Un était à l'âge de 3, deux étaient à l'âge de 5, deux de 6, deux de 7, un de 10, deux de 20, un de 21, deux de 22, un de 26, deux de 28, un de 30, et un de 59 ans; chez les autres il n'était pas fait mention d'âge.

Le pronostic n'est pas aussi défavorable qu'on le suppose généralement. Cependant il y a des circonstances qui le rendent plus ou moins favorable. La durée de la maladie, l'état des poumons et du cœur, le degré des forces, l'âge et la constitution des malades sont d'une grande influence sous le rapport du pronostic. Bégin (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *empyème*) regarde les collections anciennes de sérosité ou de pus, spécialement celles qui s'étendent à tout un côté du thorax, comme à peu près constamment mortelles. Il admet le même pronostic, lorsque l'amas en est double, c'est-à-dire existant dans les deux plèvres. Quant à moi, je ne trouverais dans la dernière circonstance qu'une indication de faire immédiatement la paracentèse. Les enfants guérissent plus facilement avec et sans opération, que les adultes (comparez mes observations I, II, IV, à la III). Le pronostic est aussi plus favorable lorsque la pleurésie chronique est la suite d'une pleurésie aiguë négligée, que dans les cas où elle est précédée par une fièvre exanthématique, ou par une maladie impétigineuse ou goutteuse, ou par une fièvre intermittente.

La pleurésie chronique peut être coupée au commencement par des antiphlogistiques, les dérivatifs, et un régime convenable. Mais si la résorption du liquide épanché ne réussit pas dès le commencement, on fera bien de ne pas reculer trop la paracentèse. Plus tôt le liquide épanché est évacué, plus il y a de l'espoir que le poumon comprimé et refoulé reviendra à son état naturel (Obs. I, IV). En même temps nous évitons par cela l'évacuation du liquide épanché par les voies bronchiques, qui d'après les observations de Becker et de Roqueski, n'est jamais aussi favorable dans ses suites que l'élimination par une ouverture dans la paroi thoracique.

Je suis de l'avis que la paracentèse soit faite lorsque la présence du liquide épanché est constatée, et que la résorption en paraît douteuse. Dans ce cas cette opération n'est pas moins urgente que la herniotomie de la hernie étranglée après un essai circonspect de réduction. Les connaissances que nous avons gagnées par les recherches nécroscopiques et les exemples de succès de cette opération, nous engagent à la faire dans tous les cas d'épanchement dus à la pleurésie chronique. En même temps je regarde comme non prouvé, que l'entrée de l'air dans la cavité thoracique soit un obstacle à la guérison.

Dans tous les cas que j'ai traités, j'ai évacué, en une seule fois, la totalité de la matière épanchée, et j'ai assuré, en maintenant la plaie béante et en faisant respirer profondément le malade, le libre et continuel écoulement du liquide. J'ajouterai que je ne puis pas concevoir qu'il existe un avantage à retenir le liquide dans la poitrine. Ma troisième observation prouve que l'air entrant librement dans la cavité thoracique n'a aucun inconvénient.

J'ai toujours fait l'opération avec le bistouri (obs. I, II, III, IV), et je regarde comme sans importance, qu'on choisisse le bistouri ou le trois-quarts. Quant à l'endroit pour l'incision, quant au pansement et au traitement, j'ai particulièrement suivi le conseil donné par M. Bégin, dans l'article *empyème* du *Dict. de méd. et de chir. prat.* Aussi l'ai-je longuement exposé dans le premier volume de mon ouvrage intitulé : *Studien im Gebiete des heilwissenschaft.* 1839. p. 50.

Réflexions sur le mémoire précédent; par M. Valleix.

Pour se convaincre de l'incertitude qui règne encore sur les plus importantes questions relatives à l'empyème, il suffit de se rappeler la discussion qui eut lieu dans le sein de l'Académie de médecine, à la fin de l'année 1836. Nous croyons devoir la résu-

mer ici, afin qu'on puisse mieux apprécier les réflexions qui vont suivre.

M. le docteur Faure avait envoyé à l'Académie huit observations d'épanchement thoracique pour le traitement duquel l'opération de l'empyème avait été pratiquée. Deux des malades guérirent, et tous, au dire de ce médecin, furent soulagés, ce qui l'engageait à établir le principe suivant : « Lorsqu'un épanchement thoracique a été reconnu, si tous les moyens propres à obtenir la résolution échouent, il ne faut plus autant tarder qu'on l'a fait jusqu'à présent pour pratiquer la ponction de la poitrine; c'est le seul moyen d'empêcher l'épanchement de s'accroître et de devenir funeste. » Dans la discussion soulevée par le rapport qui fut fait sur ces observations, on cita plusieurs faits pour et contre cette opinion. Un des plus intéressants est celui que rapporta M. Roux. Ce chirurgien ayant eu occasion de pratiquer l'opération de l'empyème à une assez grande distance de Paris et ne pouvant voir son malade assez souvent, imagina de laisser à demeure une canule de gomme élastique, afin que le liquide s'écoulât peu à peu. Dix jours après l'opération, le pus prit de mauvais caractères et la fièvre s'alluma; mais les accidents diminuèrent de gravité et le malade se rétablit. Il ne mourut que quatre ans après d'une maladie du poumon du côté opposé à celui de l'épanchement.

M. Cruveilhier, portant alors la question sur un autre terrain, demanda quelle était la manière la plus convenable de vider la poitrine. Fallait-il évacuer le liquide d'un seul coup ou peu à peu? Ces questions furent résolues différemment par plusieurs membres, chacun apportant des faits en faveur de son opinion. Mais il y avait à traiter une question préalable et la plus importante de toutes : Dans quels cas convient-il de pratiquer l'opération de l'empyème? C'est ce que M. Louis fit parfaitement sentir.

Comment, en effet, pouvait-on s'entendre si l'on ne précisait pas parfaitement les cas dans lesquels la ponction du thorax était pratiquée? Comment connaître la valeur du procédé opératoire, si tantôt on agissait dans des cas de pleurésie simple et tantôt dans des cas compliqués d'une affection grave? Pouvait-on même avoir la moindre idée de la valeur du traitement, si à l'aide d'un diagnostic rigoureux, on ne faisait pas la part des complications? Cette question est d'autant plus importante que M. Louis, bien qu'il eût traité 150 pleurésies, n'en avait pas vu une seule se terminer par la mort, lorsque la maladie était réellement simple, c'est-à-dire lorsqu'elle était survenue chez des sujets surpris par elle au milieu d'une bonne santé, et ayant toutes leurs fonctions et tous leurs organes dans un parfait état d'intégrité.

Ainsi donc voilà l'ordre de la discussion rétabli. Avant de se demander si dans les cas où l'opération de l'empyème est indiquée, on doit vider la poitrine peu à peu ou d'un seul coup, demandons-nous dans quels cas l'opération est indiquée? Dans quels cas elle est la seule ressource? La solution de la question ainsi posée présente de très-grandes difficultés, et l'incertitude dans laquelle resta l'Académie en est la preuve. La raison de l'embarras où doit se trouver, à cet égard, tout esprit sévère, vient du peu de soins qu'on met généralement à recueillir les observations. Il ne s'agit pas seulement, dans des cas semblables, de bien constater les signes de la maladie principale, il faut, par un interrogatoire très-attentif, s'assurer si à l'époque de son début il n'existait pas une autre affection, fût-elle en apparence légère; il faut encore, par un examen détaillé de tous les organes et de toutes les fonctions, constater rigoureusement leur état; il faut, en un mot, faire une histoire générale et complète du malade. Or, c'est ce qui est bien loin d'être toujours fait.

On conçoit dès lors combien sont secondaires les questions qui ont rapport à la manière dont on doit vider la poitrine, à la largeur de l'ouverture, à la pénétration de l'air dans la cavité de la plèvre. Non qu'elles n'aient en elles-mêmes une très-grande importance, mais parce que, si les faits ne sont pas parfaitement précisés, si le diagnostic n'est pas rigoureusement porté, si nous restons indécis sur l'état de simplicité ou de complication de la maladie, il n'est pas une de ces questions qui ne soit insoluble. Si l'on cite des cas dans lesquels l'opération a réussi, on peut objecter qu'il ne s'agissait que d'une pleurésie simple qui aurait guéri par d'autres moyens; si, par contre, on compte les cas si nombreux dans lesquels la mort est survenue au bout d'un espace de temps variable, on peut rejeter cette terminaison sur la complication, en sorte qu'il ne reste rien ni pour ni contre l'opération.

Les considérations sur la nature et le degré des altérations de la plèvre; sur la facilité avec laquelle le poumon peut reprendre son volume, suivant qu'il existe des fausses membranes plus ou moins épaisses, ont leur intérêt sans doute, mais cet intérêt est encore subordonné à la solution de la question précédente.

Aux faits cités par M. Louis pour démontrer l'innocuité ou la presque innocuité de la pleurésie sans complication, *et survenue chez des sujets bien portants*, M. Bouillaud, qui n'admet pas ce résultat d'une observation aussi souvent répétée, en oppose quelques autres dans lesquels la pleurésie s'est terminée par la mort. Ce sont d'abord les six cas traités par M. Faure avec insuccès. M. Bouillaud aurait dû entrer dans les détails nécessaires pour prouver qu'il n'y avait dans ces cas aucune complication, c'est ce qu'il n'a pas fait et ce qui nous laisse

nécessairement dans le doute. Il dit ensuite : « Dans un relevé du service de M. Gueneau de Mussy, publié par M. Montault, le nombre des cas de pleurésie est de 45 ; parmi les pleurésies sans complication, il y en eut huit de mortelles (1). » En recourant aux sources, on voit que le compte rendu de M. Montault ne consiste que dans une énumération pure et simple, un véritable catalogue de maladies, sans aucun détail, et qui ne peut, en aucune manière, entrer en ligne de compte. Le but que se proposait M. Montault dans ce compte rendu était rempli par cette énumération; mais nul doute que s'il eût voulu traiter la question dont il s'agit, il eût rapporté les faits et ne se fût pas contenté de les indiquer.

M. Bouillaud cite également les observations au nombre de 15, dont M. Broussais a fait précéder l'histoire générale de la pleurésie, et qui se sont terminés par la mort. Or, de toutes ces observations il n'en est que deux dans lesquelles l'existence de tubercules pulmonaires ne soit pas formellement indiquée, et ce sont celles qui manquent des détails les plus importants et qui sont les moins concluantes. Bien plus, on voit dans l'une d'elles que la pleurésie s'est développée dans le cours d'une fièvre intermittente de longue durée, ce qui fait rentrer ce cas dans la loi générale.

Enfin, M. Bouillaud a voulu combattre par les faits propres à M. Louis lui-même l'opinion soutenue par ce dernier à l'Académie. Il a, dans ce but, cité un cas observé à l'Hôtel-Dieu, et dans lequel la pleurésie, quoique dégagée de toute complication, se serait, d'après ce qu'on lui a appris, terminée par la mort. M. Bouillaud a obtenu sur ce fait de mauvais renseignements. N'oublions pas que M. Louis a très-exactement déterminé les cas dans lesquels la pleurésie n'est pas mortelle, et que ces cas sont ceux dans lesquels la maladie survient dans l'état de santé parfaite, c'est-à-dire chez des sujets dont tous les organes et toutes les fonctions sont à l'état normal. Or, dans le cas dont il s'agit, il existait déjà une autre maladie, ce qui, loin d'infirmer la loi, la confirme au contraire évidemment. C'est sans doute pour ne pas avoir tenu compte de cet état antérieur de maladie qu'on s'est fait une fausse opinion de la gravité de la pleurésie. Et qu'on ne dise que les affections préexistantes peuvent être assez légères pour qu'on puisse les négliger ; ce serait établir un principe contre lequel s'élèveraient des observations nombreuses et incontestables.

Quant aux faits qui sont propres à M. Bouillaud, ils viennent tout à fait à l'appui de ce qui fut annoncé par M. Louis, et M. Bouillaud l'aurait sans doute reconnu, s'il n'avait préféré rapporter tout l'honneur de ses succès aux saignées coup sur coup, ou à haute dose. Ce praticien, dans sa partialité pour sa méthode favorite de traitement, a été même jusqu'à attribuer le résultat curatif obtenu par M. Louis à *un hasard heureux ;* sans songer que par ce mot il attaquait de front les principes mêmes qu'il se glorifie de défendre. Si l'on peut combattre un résultat numérique de cette importance par de telles armes, que dira-t-on alors de ceux que M. Bouillaud a obtenus et dont les chiffres sont bien inférieurs? On voit avec peine de pareils arguments employés dans une discussion scientifique.

Les assertions de M. Bouillaud ne sont donc réellement pas appuyées par les faits, et nous devons admettre jusqu'à nouvel ordre que la *pleurésie survenant dans un état de santé parfaite ne cause jamais ou presque jamais la mort.*

Il suit de tout ce qui précède que pour fournir à la solution de cette question si importante de l'opération de l'empyème des documents propres à la faciliter sur tous les points, il faut apporter autant de soin dans l'étude des antécédents et des suites de la maladie que dans ses symptômes eux-mêmes ; et qu'il faut en outre étendre son examen, non-seulement à toutes les parties de la cavité thoracique, mais encore à tous les organes des autres cavités. M. Heyfelder, dont le mémoire est si intéressant sous tant d'autres rapports, a peut-être un peu négligé cette exploration complète. Ainsi, par exemple, nous aurions aimé à voir dans ses observations, l'auscultation et la percussion pratiquées avec le plus grand soin sous les clavicules, au moment du premier examen comme après la guérison de la pleurésie ; et à trouver dans les réflexions faites par l'auteur, des considérations plus étendues et d'une application plus directe au sujet en question, sur l'état de santé des sujets au moment où ils furent atteints de pleurésie. Remarquons, au reste, qu'un simple coup d'œil sur les faits qu'il a cités, suffit pour convaincre que tous les sujets étaient plus ou moins débilités lorsque les premiers symptômes de pleurésie chronique se manifestèrent. Cette circonstance, qui explique la gravité de l'affection dans ces cas et sa résistance aux moyens thérapeutiques, est toute en faveur de l'opération de l'empyème ; car, ainsi que nous l'avons dit, les chances de terminaison funeste étaient grandes chez ces individus. Cependant, il eût été bon de bien établir les signes qui pouvaient faire craindre cette terminaison ; détermination difficile, mais à laquelle l'auteur de ces intéressantes observations pouvait parvenir. Qu'est-ce qui prouve, en effet, ainsi que l'a fait justement remarquer M. Bouillaud, que tous ces cas étaient au-dessus d'un traitement bien dirigé? M. Heyfelder veut qu'on fasse l'opération toutes les fois que la résorption du liquide paraît douteuse. Les beaux succès qu'il a obtenus

(1) Journal hebdomadaire, t. 1, 1831.

sont bien faits pour motiver cette manière de voir; mais combien n'aurait pas gagné la science à des recherches faites dans le but de préciser les circonstances dans lesquelles cette résorption paraît douteuse.

Ce n'est point pour élever de vaines difficultés que nous nous sommes livrés à ces réflexions. Nous allons, en effet, citer une observation empruntée à un journal italien (1), et dans laquelle on est précisément fort embarrassé de découvrir si l'opération était formellement indiquée ou non, faute d'avoir des connaissances assez positives sur ce sujet. Dans cette observation, recueillie par le docteur Brugnon, les choses se sont passées, à très-peu près, comme chez les malades de M. Heyfelder.

Obs. Un homme, dont l'âge et la constitution ne sont pas mentionnés, fut atteint, dans le mois de mai 1837, d'une pleurésie du côté gauche. Au bout d'un temps qui n'est pas déterminé, la cavité de la plèvre gauche se trouva remplie de liquide. Cependant le malade ne fut soumis à aucun traitement curatif. Mais bientôt considérablement gêné par la présence du liquide, *dont il sentait les ondulations* au moindre mouvement, il consulta plusieurs médecins qui lui firent appliquer sur le côté affecté d'abord un vésicatoire, puis un séton : exutoires qu'on fit suppurer longtemps. On lui fit prendre, à l'intérieur, la scille marine. Il ne fut point soulagé par cette médication. Les symptômes, au contraire, prirent beaucoup d'intensité. Le décubitus en supination devint insupportable; la respiration très-pénible, l'oppression et le sentiment d'une suffocation imminente furent continuels; la toux était très-fatigante. Les forces diminuèrent considérablement. Cependant le malade prenait des aliments avec appétit et les digérait bien; il sortait quelquefois; pouvait se livrer à quelque légère occupation lorsque le temps était sec et beau; mais s'il était humide et pluvieux, il était forcé de rester immobile, respirant avec beaucoup de peine, et obligé de chercher une position qui lui rendît ses douleurs supportables.

C'est à l'époque où les symptômes étaient parvenus à ce degré que le docteur Brugnon fut appelé le 27 octobre 1837. Sans attacher aux opinions du malade toute l'importance que leur accorde ce médecin, nous dirons qu'il désirait ardemment une opération qui le débarrassât du liquide qu'il sentait dans sa poitrine, et qu'il pria avec instance M. Brugnon de lui pratiquer la ponction du thorax. Celui-ci, néanmoins, voulut essayer encore quelques moyens capables de favoriser la résorption du liquide, et eut de nouveau recours à la scille marine en extrait, et associée au kermès et au calomel; il y joignit l'emploi d'une pommade composée d'extrait de scille *digéré dans la salive humaine* et incorporé dans l'axonge. Il donna une infusion de douce-amère pour tisane.

Sous l'influence de cette médication, le malade éprouva une amélioration évidente sous le rapport de la toux et de la suffocation, car il lui fut permis de dormir quelques instants assis sur son lit. Mais quelle que fût cette amélioration, après avoir suivi ce traitement pendant huit jours le malade ne voulut plus le continuer, et resta jusqu'au 12 décembre sans employer aucun remède. Ce fut seulement alors que le docteur Brugnon le revit, et le trouva dans l'état suivant :

Difficulté extrême et continue de la respiration; sterteur et suffocation toujours imminente. Décubitus dans le lit absolument impossible, dans quelque position que ce soit. Il ne trouvait un léger soulagement que dans une promenade lente, après laquelle il s'asseyait sur une chaise élevée. Insomnie; s'il s'assoupissait un instant, il était bientôt réveillé subitement par la suffocation, accompagnée du désir de respirer l'air frais. La toux sèche et violente ramenait souvent des accès de dyspnée. Face terreuse, un peu bouffie. Pas de fièvre; pas de douleur; appétit bon; digestion facile. Le côté de la poitrine occupé par l'épanchement était notablement augmenté de volume et plus dilaté que le côté opposé. Au-dessous des fausses côtes, on sentait une tumeur fluctuante à la circonférence et dure au centre.

Dans cet état de choses, le médecin jugea convenable de se rendre au désir du malade et de lui pratiquer l'opération qu'il demandait, ce qui fut fait le 19 décembre de la manière suivante : le malade étant assis sur le bord de son lit, et le bras correspondant au côté malade étant élevé et soutenu, un pli horizontal fut fait à la peau au milieu de l'espace intercostal compris entre la cinquième et la sixième côte, de manière à mettre tout cet espace à nu. Les muscles intercostaux étaient fortement tendus, ce qui empêchait de reconnaître une véritable fluctuation. Néanmoins une aiguille à séton portée à plat fut introduite dans la cavité pectorale, et après elle une sonde de gomme élastique par laquelle s'écoulèrent sept livres de sérosité trouble, un peu dense, inodore, d'un jaune verdâtre et semblable au petit-lait. La canule fut fixée et laissée en place après qu'on en eut fermé l'ouverture. Un soulagement très-marqué, la liberté de la respiration et la facilité de prendre toutes les positions, suivirent promptement l'écoulement du liquide.

Le soir, la canule ayant été ouverte, il s'écoula encore plus de quatre livres de la même sérosité. Le malade passa une nuit tranquille et ne fut éveillé qu'une seule fois par une toux légère. Plus tard,

(1) Giornale per servire ai progressi della patologia e della terapeutica; t. IX. Fascic. XXV, 1838.

comme il ne pouvait plus supporter la présence de la canule, on lui substitua une bandelette de linge enduite de cérat. La canule introduite momentanément deux fois par jour, continua à donner issue à une quantité toujours décroissante du même liquide.

Pendant cinq jours les choses restèrent à peu près dans cet état; mais le sixième, la canule ne donna plus issue au liquide. Cependant les symptômes s'amélioraient de plus en plus. Le huitième jour, le malade étant levé fit un effort de toux considérable, et sentit aussitôt ses vêtements inondés par un liquide qui s'échappait avec impétuosité de la poitrine et qui répandait une odeur très-fétide. Un nouveau pansement étant fait, on estima qu'il s'était échappé environ dix onces de matière épaisse et purulente. Depuis ce moment, le liquide s'écoula avec bruit et gargouillements, entraînant avec lui de *petites hydatides globuleuses*.

Ici l'auteur se livre à quelques considérations pour déterminer la cause du bruit et du gargouillement qui avait lieu pendant la sortie du liquide; il pense que l'air qui s'échappait par l'ouverture de la poitrine venait du poumon lui-même, parce que le bruit n'était entendu que pendant l'expiration.

Les matières continuèrent à s'écouler avec bruit, et conservèrent une odeur désagréable, quoique leur quantité allât de jour en jour en diminuant. Bientôt il n'en sortit plus que quelques onces en vingt-quatre heures. La toux diminua considérablement; la respiration redevint libre. Le décubitus était facile dans tous les sens, le sommeil paisible. L'appétit augmenta et toutes les fonctions se rétablirent. En même temps la tumeur qui existait au-dessous des cartilages des fausses côtes, disparut entièrement.

Le 2 janvier 1838, c'est-à-dire quinze jours après l'opération, le malade fut en état d'entreprendre un voyage de six milles par mer et de quatre milles par terre. L'amélioration ne cessa de faire des progrès, et le 28 juin, il était en parfaite santé, si ce n'est que chaque jour il sortait par la plaie de la poitrine deux cuillerées environ de matière jaune verdâtre.

Nous avons pris dans cette observation tous les détails un peu précis et vraiment importants qu'elle renferme; et nous l'avons débarrassée de tout le luxe de paroles dont elle est surchargée, ainsi que toutes les observations publiées en Italie. Il ne faut pas croire pourtant que nous lui ayons rien ôté de ce qui pouvait lui donner quelque valeur, et si quelques lecteurs y trouvent beaucoup de vague et lui reprochent quelques omissions graves, c'est encore à la mauvaise méthode italienne qu'ils devront s'en prendre.

Quoi qu'il en soit, jetons un coup d'œil sur les détails de l'observation. On ne peut nier que la position de cet homme ne fût grave; la difficulté extrême de la respiration; la suffocation toujours imminente, la toux violente, l'insomnie, l'impossibilité de prendre une position convenable, tous ces symptômes devaient inspirer beaucoup de craintes au médecin. Mais leur gravité était-elle suffisante pour motiver l'opération? ou, en d'autres termes, ce malade aurait-il pu guérir si on eût employé d'autres moyens? Il est impossible de répondre à cette question, puisque le malade n'a pas voulu se soumettre à aucun traitement suivi; et cependant ce serait là le point le plus important à décider.

Lorsque le liquide évacué a commencé à sortir et à contracter une mauvaise odeur, le docteur Brugnon a cru y reconnaître quelques hydatides; mais comme il n'en a pas donné la description, il reste nécessairement quelques doutes sur ce point. Il serait important de décider s'il y avait réellement fistule pulmonaire, ainsi que le pense l'auteur. Le défaut de détails rend la solution de cette question moins facile qu'elle ne devrait l'être. Cependant il nous semble qu'une opinion opposée à celle de l'auteur peut très-bien être soutenue. La seule raison qu'il fournit, c'est que le bruit de gargouillement n'avait lieu que pendant l'expiration. Mais rien ne prouve, 1° que l'air n'ait pas pu s'accumuler sans bruit dans la poitrine dont l'ouverture n'était pas complétement fermée pendant toute la journée, pour s'échapper ensuite avec le liquide. Si ce bruit avait lieu pendant l'expiration, c'est qu'alors les parois de la poitrine s'affaissant tendaient à expulser fortement l'air surnageant le liquide, ce qui ne saurait avoir lieu dans l'inspiration. 2° En admettant même que l'air ne vînt pas de l'extérieur, rien ne prouve qu'il ne fût dû à la formation de gaz dans la cavité de la plèvre elle-même. Il fallait pour démontrer le contraire, faire des expériences sur la nature du fluide qui s'échappait par la plaie. Enfin, ce qui prouve que les considérations précédentes ne sont pas sans valeur, c'est qu'il n'y a eu aucune expectoration particulière, fait qu'il est difficile de concevoir s'il existait réellement une fistule pulmonaire communiquant avec les ramifications bronchiques, de manière *à introduire* une aussi grande quantité d'air *dans la plèvre*.

Nous avons insisté sur ce point, parce qu'il importe beaucoup de savoir, ainsi que nous l'avons dit plus haut, dans quel état sont les organes pectoraux dans les cas où l'opération est pratiquée. Ici rien ne prouve que le poumon fût lésé.

Un grand nombre de faits ont démontré que, lorsque le liquide formant l'épanchement devenait trouble et surtout *fétide*, les symptômes s'aggravaient, et la maladie marchait vers une terminaison fâcheuse. Il est bien remarquable que chez ce malade les altérations de ce genre, survenues dans le liquide, n'aient été suivies d'aucun accident, et n'aient arrêté d'aucune manière la marche favorable

de la maladie. C'est un fait propre à donner quelque espoir dans de semblables circonstances. Enfin, la persistance de la fistule thoracique, quoique d'ailleurs la santé se soit entièrement rétablie, n'est pas un des traits le moins remarquable de cette observation.

En résumé, on voit que ce fait, intéressant sous plusieurs rapports, ne peut servir à éclairer ces deux grandes questions relatives à l'opération de l'empyème : Dans quels cas convient-il de pratiquer cette opération? et quels sont les symptômes qui indiquent la nécessité d'y avoir recours?

Maintenant que nous avons présenté les principales difficultés que les faits précédents laissent insolubles, remarquons qu'ils viennent entièrement à l'appui de ceux qui regardent l'entrée de l'air dans la cavité pleurale comme peu à craindre, et qui veulent qu'on fasse écouler le liquide tout d'un coup. Sous ce rapport, les observations de M. Heyfelder ont une supériorité incontestable sur celles que nous possédions déjà, et nous paraissent définitivement juger la question. Aussi est-ce avec la ferme conviction qu'elles serviront très-utilement à l'histoire de l'empyème, que nous nous sommes empressés de les insérer dans ce recueil. Quant à ce qui regarde les symptômes et la marche de la pleurésie chronique elle-même, nous n'avons nullement à nous en occuper dans ces réflexions. M. Heyfelder en a trouvé la description d'après un assez grand nombre d'observations recueillies par lui, ou empruntées aux auteurs, ce qui donne à son travail une couleur vraiment pratique.

ARCHIVES DE MÉDECINE. — Mai 1839.

Observation remarquable d'amaurose; par le docteur O. LINOLI.

Un jeune homme de 21 ans, d'une bonne constitution, mais adonné depuis longtemps à la masturbation, fut pris d'accidents cérébraux après avoir bu et mangé avec excès. La face était brûlante, les yeux fermés, le pouls fébrile, la respiration gênée; il y avait un sommeil comateux. La pupille était immobile sous l'influence de la plus vive lumière. De temps en temps le malade exécutait quelques mouvements automatiques. (Saignée, lavements purgatifs, sangsues au cou.)

Le troisième jour, il y avait un mieux marqué; cependant la tête était fort douloureuse. En même temps que P... accusait une vive douleur au côté droit de la poitrine, la fièvre persistait. (Saignée réitérée, purgatif, diète.)

Sous l'influence de ces moyens, des boissons adoucissantes, la fièvre disparut, aussi bien que le point de côté; mais quoique beaucoup diminuée la douleur de tête persistait.

La santé resta chancelante, en même temps que la douleur de tête n'avait pas cessé de se faire sentir et siégeait surtout à la partie antérieure du crâne; la vue devint faible des deux côtés, mais surtout à gauche. Il y eut en même temps une altération sensible de la voix.

Sur la fin de 1837, deux ans après le début de la maladie, la vue était complétement perdue du côté gauche, diminuait de jour en jour à droite, la douleur de tête persistait. On ne nota pas la moindre altération dans la motilité, ni dans la sensibilité. Le malade fut vu à cette époque par les professeurs Angiolo Nespoli et Regnoli; tous deux furent d'avis que l'amaurose était incurable, et qu'elle reconnaissait pour cause le développement d'une tumeur sur le chiasma des nerfs optiques. A cette époque, le malade quitta l'hôpital, on le perdit de vue jusqu'en 1838. Au mois d'août de cette année, l'œil droit était devenu complétement amaurotique.

A la fin de novembre, il y eut exacerbation des douleurs de tête, mais le pouls était si faible qu'on n'osa pas tirer de sang.

Le 29, après avoir vomi un purgatif qui lui avait été prescrit cinq jours avant, il tomba dans un sommeil comateux; la mort arriva peu d'heures après sans agonie.

A *l'autopsie*, on trouva une injection notable des membranes et de la substance cérébrale, un ramollissement de cette dernière dans plusieurs points, à la partie antérieure. Les deux hémisphères offraient dans ce sens une petite concrétion calleuse, entourée d'une membrane au milieu des poins ramollis (c'étaient sans doute deux tubercules). Les ventricules latéraux et moyens renfermaient une grande quantité de sérosité; enfin il existait une énorme tumeur enkystée à la partie moyenne du cerveau, paraissant sortir du ventricule moyen dont elle avait écarté et distendu les parois, sans les ramollir ni les enflammer. Une fois la masse cérébrale enlevée, on put voir que la tumeur recouvrait le protubérance annulaire, les pédoncules antérieurs et postérieurs, remplissait le grand sillon médian de la base du cerveau et s'étendait en avant jusqu'à la glande pituitaire. La commissure des nerfs optiques limitait en avant cette masse, à la formation de laquelle elle semblait même avoir participé. Les couches optiques étaient comprimées. Le nerf optique du côté gauche était considérablement induré, au point de ressembler à une corde de violon, tandis que le droit était ramolli.

Les nerfs de la troisième, de la cinquième et de la septième paire étaient intacts et semblaient naître de la base de la tumeur. Celle-ci avait le volume d'un œuf de poule; le kyste qui l'enveloppait était

fibro-cartilagineux, et dans quelques points incrusté de phosphate calcaire; il renfermait un liquide épais, couleur lie de vin, avec une matière plus dense, solide et blanche qui ressemblait à de la fibrine concrétée (l'analyse chimique démontra que c'était en effet de la fibrine).

Le cervelet était plus dense qu'à l'état normal. La moelle épinière ne put être examinée.

Cette observation remarquable se rapproche des faits cités par M. Cruveilhier dans son anatomie pathologique; de l'observation du célèbre Wollaston, chez lequel on trouva la couche optique droite convertie en une tumeur grosse comme un œuf de poule de moyenne grosseur, plus molle au centre qu'à la circonférence qui avait une consistance caséeuse, tandis que la partie moyenne d'une couleur brune était dans un état de dissolution. Le malade avait longtemps présenté des symptômes analogues à ceux du jeune homme dont il vient d'être question, mais il mourut paralytique.

Ce qu'il y a de remarquable dans l'observation de M. Linoli, c'est l'intégrité des mouvements et du sentiment dont la lésion accompagne si souvent l'apparition de tumeurs beaucoup moins considérables. On peut sans doute attribuer cette différence de symptômes, d'une part au développement très-lent de la tumeur et de l'autre à sa position médiane, en même temps qu'à l'intégrité des parties principales de l'appareil encéphalique.

Sous le rapport du diagnostic, il ne dut pas y avoir à hésiter, car les symptômes d'une lésion cérébrale étaient encore faciles à reconnaître, seulement il était facile aussi de se tromper sur la nature, le volume et le siége précis de la tumeur; ce dernier point cependant pouvait être prévu, en faisant attention à l'exacte circonscription du trouble dans les fonctions nerveuses, en même temps qu'au siége même de cette lésion.

Relativement au traitement, on ne pouvait faire qu'une chose, s'attacher à combattre les symptômes congestionnels dont la tumeur était le point de départ. On ne pouvait les maîtriser que temporairement, cela se conçoit, et à plus forte raison comprend-on l'impossibilité de guérir des amauroses de cette nature. Les cas de ce genre sont assez nombreux et tous se sont terminés d'une manière funeste. On ne saurait donc faire avec trop de soin le diagnostic de la cause dans les affections amaurotiques, et sous ce rapport les divisions établies par M. Sichel deviennent d'une grande importance. On ne saurait non plus mettre trop de réserve dans le pronostic, puisque c'est dans quelques cas une ambliopie fort légère et de courte durée, et dans d'autres circonstances le symptôme d'une lésion cérébrale si grave et si profonde.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA D'OMODEI.

Bons effets de la belladone dans quelques cas d'épilepsie et de névroses graves; par M. SEGUY, docteur en médecine à Pierre-Latte.

OBS. I. — *Épilepsie.* — Henri M...., âgé de trente et un ans, cultivateur, tempérament peu caractérisé, est épileptique depuis seize ans; ses attaques arrivent tantôt tous les huit jours, quelquefois plus rarement; cependant il ne s'est jamais passé de mois sans qu'il en eût deux. L'accès part du poignet gauche et monte promptement à la tête. Le bras du même côté, maigre, faible, plus petit que le droit, est le siége de douleurs erratiques. Ce malade, à qui on avait persuadé que le mariage serait utile, vint nous consulter pour cet objet le 8 septembre 1837. Sur notre réponse négative, il nous pria de lui donner des soins. Il résulte d'un minutieux examen, que la famille de Henri M.... ne fournit aucun indice de disposition héréditaire, que rien chez lui n'annonce de lésion organique, mais que dès l'âge de quinze ans jusqu'à celui de vingt-cinq environ, il a eu la pernicieuse habitude de la masturbation. Plusieurs médecins avaient été consultés, autant de traitements employés, et si parfois ses attaques étaient devenues plus rares, elles n'en étaient que plus fortes. — Prescription : deux pilules par jour avec un grain d'extrait de belladone chaque, deux heures avant le repas. Frictions matin et soir sur le bras malade avec gros comme une noisette, chaque fois, d'une pommade composée avec deux onces d'axonge, et un grain d'extrait de belladone et deux bains tièdes par semaine; un pédiluve sinapisé tous les jours; alimentation douce, végétale; promenade, exercice modéré. — Le 12, trois pilules par jour. — Le 2 octobre, il n'y avait encore point eu d'attaque; même prescription. — Le 10 novembre, ses attaques n'ont plus reparu, et le bras a visiblement recouvré de la force et de l'embonpoint. — Le 21 décembre, le mieux ne s'étant pas démenti, nous avons lieu de regarder la maladie comme guérie; cependant nous insistons sur l'usage prolongé des pilules et de la pommade. Ces moyens ont été continués sans interruption jusqu'au 6 mars dernier, et Henry M..., que nous voyons de temps en temps, jouit de la meilleure santé, et se livre sans ménagement aux pénibles travaux de charron dont il fait aujourd'hui sa profession.

OBS. II. — *Épilepsie.* — M. S..., voyageur de commerce, âgé de trente-neuf ans, tempérament lymphatique, est atteint d'épilepsie depuis 1817, par suite d'une frayeur occasionnée par un accident de diligence. Dès le début les accès se montrèrent de quinze en quinze jours, puis toutes les semaines, plus tard tous les jours, enfin jusqu'à dix fois dans les vingt-quatre heures. Plusieurs traitements ont été entrepris, dont les effets étaient de diminuer la

fréquence des attaques, mais d'augmenter leur intensité, de telle sorte, que M. S... aimant mieux éprouver une légère crise nerveuse huit, dix fois par jour, qu'une attaque avec perte de connaissance une fois par semaine, avait pris la résolution de ne plus rien faire, lorsque le 25 décembre 1837 nous fûmes appelé auprès de lui pour une entorse qui venait de lui arriver. Nous sûmes bientôt à quoi nous en tenir au sujet de ce qu'il appelait une singulière maladie nerveuse, et fûmes assez heureux pour le déterminer à faire quelque chose, pendant le temps de séjour que nécessiterait son nouvel accident. Le même jour deux pilules d'un grain d'extrait de belladone chaque en deux fois. — Le 26, trois pilules qui ne produisent qu'un effet purgatif. — Le 27, nous supprimons un grain : dilatation extraordinaire des pupilles, trouble notable de la vue; ce jour-là il n'y eut que trois commotions nerveuses. — Les 28, 29, 30, 31, même dose, la dilatation continue, les crises sont les mêmes. — Les 1er, 2, 3, 4 et 5 janvier 1838, même prescription ; pendant ces cinq derniers jours M. S.... n'a éprouvé que trois secousses. — Le 10, il dit ressentir un bien-être qui lui était inconnu depuis bien longtemps, et part avec cinquante pilules pour vingt-cinq jours. — Le 20 février, nous revoyons le malade qui se plaint d'une susceptibilité nerveuse qui le fatigue. Repos, bains, deux grains d'extrait. — Le 28 avril, M. S... reprenait ses courses habituelles, et n'avait plus rien ressenti. Nous l'invitons à user assez longtemps encore de la belladone un jour par semaine, un grain d'extrait matin et soir. — Le 8 juillet dernier, M. S... revenait d'un grand voyage, et avait, disait-il, perdu le souvenir de son ancienne maladie.

Obs. III. — *Épilepsie.* — Marie B..., âgée de dix ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, est irascible et d'une intelligence peu développée. Une tante est idiote, sa mère et un autre membre de sa famille présentent quelque chose de particulier dans leurs facultés intellectuelles. Elle avait trois ans lorsqu'elle eut la variole par suite de laquelle se déclara l'épilepsie. Une attaque a lieu tous les mois, pendant la nuit; elle a dix minutes de durée, et est toujours précédée de l'apparition d'une vésicule de la grosseur d'un pois, transparente, remplie d'une sérosité limpide, et placée ordinairement à la lèvre inférieure vers la commissure gauche ; si, ce qui est très-rare, elle paraît au-dessous du nez, l'attaque est plus forte ; cette vésicule se développe constamment le matin, et la crise arrive la nuit d'après. L'accès part des deux pieds à la fois. Consulté le 30 avril 1838, notre opinion fut d'abord que nous avions à faire à une maladie incurable ; cependant nous cédâmes aux instances des parents, et au désir de suivre les effets de la belladone. — Prescription : demi grain d'extrait de cette substance tous les jours. La dernière attaque avait eu lieu le 28 avril, contre toute attente. Il en survint une nouvelle le 9 mai. — Les 10, 11, 12, 13, 14, demi-grain matin et soir. — Les 15, 16, 17, deux grains en deux fois. — Le 18, même prescription ; ce jour-là il y avait eu une attaque. — Le 29, la vésicule avait paru à huit heures du matin, l'attaque à midi ; prescription *ut suprà*. — Le 13 juin, deux attaques le même jour ; trois grains d'extrait en deux doses. — Le 18, l'apparition de la vésicule détermine la mère à donner quatre grains à la fois. Dilatation excessive des pupilles, trouble de la vue, ivresse ; suppression de la belladone. — Le 29, attaque très-forte. — Le 30, un grain matin et soir. — Le 15 juillet, depuis le 29 juin il n'y a plus eu d'attaque, quoique la vésicule se soit montrée quatre ou cinq fois. Agacement général avec des pandiculations continuelles, insomnie : deux grains d'extrait. Les attaques n'ont plus reparu, de même que la vésicule. Marie est dans une espèce d'immobilité interrompue par des mouvements saccadés et choréiques. Suppression de la belladone que la malade refuse obstinément. Demi-gros de valériane en poudre en deux fois dans la journée, petit lait, bains. — Le 1er août, le désordre précédent a fait place à une vive douleur de tête. Lavement laxatif, dix sangsues aux malléoles, le reste *ut suprà*. — Le 4, la douleur de tête continue ; quatre sangsues aux apophyses mastoïdes ; le reste *ut suprà*. — Le 10, la douleur de la tête persiste vivement ; vésicatoire à la nuque, valériane, petit-lait, bain. — Le 16, tout est calme. Marie mange, dort, et, ce qu'on n'avait pas vu depuis longtemps, elle prend part aux amusements des petites filles de son âge. Nous espérons beaucoup d'un cautère et de la puberté.

Obs. IV. — *Chorée générale*. — Françoise V..., âgée de seize ans, d'un tempérament lymphatique, grande, frêle et délicate, avait ses règles pour la troisième fois, lorsque le 22 janvier 1838, voulant franchir un fossé, le pied lui glisse, elle tombe dans l'eau jusqu'à la ceinture ; une suppression subite eut lieu, et peu à peu une susceptibilité extraordinaire contrastait avec la bonté et la douceur de son caractère. Le lendemain l'état insolite de la langue, des yeux, et du bras gauche étonnait les parents, et le 27, jour auquel nous fûmes appelé, une chorée générale se traduisait par tous les caractères propres à cette maladie. Le même jour, cataplasme sinapisé aux cuisses ; quatre sangsues à la vulve : on favorise l'écoulement du sang par un bain de vapeur. — Les 28 et 29, même moyen, le trouble de la motilité augmente. — Le 31, un grain d'extrait de belladone en deux doses. — Les 1er, 2, 3 et 4 février, même désordre, prescription *ut suprà*. — Le 5, un grain matin et soir. — Le 6, l'agitation est moindre, même prescription. — Le 9, trois grains : di-

latation des pupilles, ivresse. — Le 10, la langue n'est pas encore libre, mais les mouvements des membres ont cessé; prescription *ut suprà*. — Le 12, la malade s'exprime facilement : deux grains seulement. Pilules du docteur Blaud. — Le 20, suspension de la belladone; les pilules ferrugineuses sont poussées activement. — Le 23, absence des règles, nouvelle application de sangsues à la vulve, et bains de vapeur réitérés pendant trois jours; retour des mouvements désordonnés d'abord de la langue, du bras, et puis de tout le corps. — Le 26, un grain d'extrait de belladone matin et soir. — Le 30, calme parfait : la malade a repris son état naturel et ses habitudes.

Dans ce cas comme dans d'autres, nous concevons la possibilité du retour de la maladie par les mêmes causes. Mais les effets de la belladone n'en sont pas moins avérés.

Obs. V. — *Chorée partielle.* — Louis V..., âgé de 22 ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, fut atteint à sa dixième année d'une maladie éruptive, dont la disparition brusque par l'effet d'une température froide à laquelle il s'exposa, fut immédiatement suivie de mouvements convulsifs des muscles de la partie gauche de la face, du bras et de la jambe du même côté, qui, après s'être prolongés une quinzaine de jours, cédèrent à une saignée et à un traitement approprié. Deux ans après, et par suite d'une frayeur, cette maladie se reproduisit, dura quelques jours, disparut par l'usage des mêmes moyens, pour se renouveler de la même manière toutes les fois qu'une perturbation survenait, jusqu'à ce qu'enfin le malheureux Louis a cessé de jouir de ces alternatives de bien, qu'il n'a plus connu depuis plus de cinq ans. — Le 2 juillet 1838, appelé auprès de lui, nous pûmes constater les phénomènes suivants. Tous les muscles du côté gauche de la face présentent un état de tension, puis de contraction qui dure à peu près une seconde; après quoi survient un mouvement convulsif et désordonné qui dure autant. Simultanément arrive pareil phénomène à l'avant-bras et à la jambe gauches, c'est-à-dire, extension, flexion et convulsions. Deux secondes s'écoulent encore; les muscles se relâchent, restent cinq minutes en repos, et tout recommence de la même manière. Ce trouble manque quelquefois son effet et est remplacé par une sensation insolite et fatigante à l'épigastre, qui effraye toujours le malade, parce qu'il lui semble, dit-il, qu'il va mourir; le muscle deltoïde en totalité dur et endolori, ne se prête plus depuis longtemps au mouvement d'élévation du bras, qui semble paralysé; l'avant-bras et la main prennent seuls part au mouvement clonique. La jambe affectée décrit pendant la marche un demi-cercle comme en fauchant. On n'a d'ailleurs jamais remarqué de l'écume à la bouche, comme dans les trois premières observations qui précèdent; perte de connaissance, ni diminution de la sensibilité. Les fonctions s'exécutent du reste à merveille, l'appétit est bon, le sommeil de même. Prescription : vingt-quatre pilules d'un grain d'extrait de belladone chaque, dont on prendra une par jour la première huitaine, et deux la suivante. — Le 14, le mieux était notable, les accidents avaient une intensité moindre de moitié et paraissaient à des intervalles plus éloignés : continuation de deux pilules par jour; deux frictions par jour sur le bras et la jambe malades, avec la pommade belladonée dont nous avons donné la formule dans la première observation; bain. Le mieux est de jour en jour plus sensible; on ne compte pas plus de douze attaques dans vingt-quatre heures, et elles ne fatiguent presque plus le malade. Le bras est beaucoup moins douloureux, et la marche plus facile : même prescription. — Le 2 août, les attaques s'éloignent encore, et quoique paraissant de quatre en quatre heures, elles sont à peine sensibles. La jambe prend de la force, le bras de la souplesse. Prescription *ut suprà*; demi-gros d'extrait à ajouter à la pommade. — Le 12, depuis le 6 il n'y a plus eu de crises; la jambe est bien et la main peut être portée au chapeau; même prescription : trois gros d'extrait pour deux onces d'axonge. — Le 20, une faiblesse du bras avec difficulté de lui faire exécuter de grands mouvements est tout ce qui reste de cette terrible maladie.

Obs. VI. — *Dyspnée nerveuse symptomatique.* — Junie D..., âgée de 20 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, n'ayant jamais été malade, éprouva le 20 mars 1838, par l'effet d'un grand froid, une suppression. Peu de jours après survient un embarras de poitrine, accompagné d'une respiration forte, ronflante, pendant laquelle se fait simultanément entendre un bruit saccadé, nasal et guttural. Cette espèce d'état convulsif n'est pas continuel, mais laisse un peu de repos à cette malheureuse, puisque le temps du calme et celui de malaise sont d'une durée égale, sept minutes chaque. Cependant elle dort une demi-heure. Une application de sangsues à l'épigastre avait augmenté le spasme et les angoisses. Consulté le 10 mai 1838, nous prescrivîmes les prises suivantes : aunée en poudre et fleurs de soufre, de chacun un grain, poudre de belladone, deux scrupules, scille, demi-gros pour trente-six paquets, à prendre trois par jour. — Le 13, amendement sensible, — Le 15, respiration libre et naturelle, pilules du docteur Blaud, dont nous poussons rapidement la dose. — Le 24, application de sangsues à la vulve; le lendemain on réitère, et la première piqûre détermine l'explosion brusque du flux menstruel. Nous déclarons la malade guérie.

Nous devons à un praticien aussi savant que mo-

deste la communication de quelques cas d'asthme singulièrement améliorés par l'usage de la belladone.

REVUE MÉDICALE. — Avril 1839.

HOPITAUX DE LONDRES. (Marylebone's hospital.) M. STAFFORD.

Plusieurs cas remarquables de contracture prolongée des extrémités inférieures produite par une affection de la moelle.

Première observation. — Marie Kean, âgée de vingt ans, petite et frêle, fut admise à l'infirmerie pour être traitée d'une contracture de l'extrémité inférieure droite et des doigts auriculaire et médius de la main du même côté. La sensibilité est conservée dans les parties, mais l'articulation fémoro-tibiale est fléchie au point que le mollet touche la face postérieure de la cuisse, et le talon se trouve en contact avec les fesses, le pied étant dirigé en arrière. Elle dit avoir été sujette à l'épilepsie depuis son enfance. Deux ans auparavant elle avait éprouvé de vives douleurs dans la portion lombaire de la colonne vertébrale; douleurs dans la hanche, le genou et dans le trajet du nerf sciatique, accompagnées d'une sensibilité très-vive du membre entier.

A cette époque, le membre abdominal se contracta par degrés; quelque temps après les deux derniers doigts se contractèrent et vinrent se placer en travers sur les autres doigts de la main. On admit la malade dans un des hôpitaux de Londres; là les symptômes s'amendèrent, mais le membre garda la même position, ainsi que les doigts.

Pendant ces deux dernières années elle se porta assez bien, mais les douleurs se montrèrent de nouveau; elles devinrent extrêmement aiguës dans le dos, la hanche et le genou, et la sensibilité du membre est telle, que le moindre contact arrache des cris à la malade, qui ne peut même pas supporter le poids des couvertures de son lit. La pression exercée sur le trajet du nerf sciatique est douloureuse. Le pouls est fréquent, la fièvre intense; la langue chargée, la peau chaude et sèche, la soif vive; pas de repos ni de sommeil pendant la nuit. Ces symptômes persistèrent avec plus ou moins de violence pendant trois ou quatre mois; le traitement consista en des émissions sanguines abondantes pratiquées à la région lombaire à l'aide de ventouses, et en sangsues appliquées sur le trajet du nerf sciatique. L'administration des antimoniaux, des opiacés, des purgatifs, n'a point été oubliée. Dès que le mal a revêtu le caractère chronique, les révulsifs furent fréquemment mis en usage sur les deux côtés de la colonne vertébrale et sur le trajet du nerf sciatique sous la forme de vésicatoire et d'emplâtre stibié. Enfin des cautères furent ouverts sur les deux côtés de la colonne lombaire, et entretenus pendant longtemps. Les symptômes inflammatoires s'étant amendés, la douleur dorsale disparut, et la sensibilité du membre diminua; on chercha alors à ramener le membre vers sa direction normale. Pour atteindre ce but, des oreillers petits et minces, furent placés entre le gros de la jambe et la face postérieure de la cuisse; ces oreillers furent introduits le plus près possible du creux du jarret.

Cette application causa d'abord de la douleur et des attaques d'épilepsie; cependant la malade s'y accoutuma peu à peu; des oreillers plus épais furent mis en usage; ceux-ci causèrent aussi de la douleur, mais la malade s'y habitua également.

Après six semaines ou deux mois de l'emploi de ces moyens, la flexion de la jambe ayant notablement diminué, on introduisit entre la jambe et la cuisse un appareil disposé de telle sorte, qu'en tournant une vis, la jambe pouvait être étendue graduellement. A l'aide de cet appareil, l'extension de la jambe eut lieu pouce par pouce; à mesure qu'elle reprenait sa rectitude on la frictionnait, et le genou était soumis à l'action d'un bain de vapeur. Dès lors on fit exécuter des mouvements au membre, et après dix-sept mois de traitement la malade sortit guérie de l'hôpital. Les doigts furent également ramenés à leur position naturelle par une extension graduée.

— Cette observation offre un très-grand intérêt pratique. La douleur aiguë siégeant dans le dos, la sensibilité du nerf sciatique, la douleur de la hanche et du genou, la sensibilité extrême de la totalité du membre, et enfin la contracture de la jambe, sont autant de symptômes qui indiquent une affection de la moelle épinière. D'après l'auteur, la queue de cheval serait enflammée ou dans un état morbide quelconque. La contracture des doigts annulaire et auriculaire montre également que l'origine du nerf cubital devait être lésée. Ce diagnostic paraît d'ailleurs s'accorder avec les résultats du traitement mis en usage.

Deuxième observation. — Une femme âgée de vingt-cinq ans, forte, pléthorique et prédisposée à la scrofule, fit une chute et se blessa au genou droit; en conséquence elle fut admise dans mon service, à St-Marylebone, en février 1835. La membrane synoviale était phlogosée, et le genou présentait un gonflement considérable produit par un épanchement synovial dans la cavité articulaire. De nombreuses saignées locales furent pratiquées à l'aide de ventouses et de sangsues, des révulsifs employés, et en six semaines ou deux mois l'articulation fémoro-tibiale était dans un état si satisfaisant, que la malade fut sur le point d'obtenir son exeat. Cependant,

la veille de son départ de l'hôpital, elle fut prise de douleurs atroces dans le genou et dans la région lombaire ; on appliqua des ventouses *loco dolenti*, des fomentations furent faites sur le genou, et des purgatifs énergiques administrés.

Le lendemain matin elle n'allait pas mieux, la douleur était presque insupportable ; une attelle fut placée au jarret, pour empêcher la rétraction de la jambe ; néanmoins la rétraction commença à s'effectuer ; la douleur du dos persiste ; il y avait une sensibilité extrême depuis la région lombaire jusqu'au pied, en suivant le trajet du nerf sciatique ; et la douleur du genou était si vive, que la malade ne pouvait ni dormir, ni rester en repos ; le pouls était accéléré, et variait de 120 à 130 par minute ; fièvre intense, langue chargée, face colorée et exprimant la souffrance ; des saignées locales abondantes furent pratiquées aux lombes à l'aide de ventouses, de nombreuses sangsues appliquées sur le genou et le long du nerf sciatique ; des fomentations furent faites, et les opiacés ainsi que les purgatifs mis en usage aussi souvent que les circonstances l'exigeaient ; cependant les symptômes persistèrent, paraissant parfois céder au traitement, mais reparaissant bientôt avec plus ou moins de force. Pendant ce temps, la jambe s'était graduellement contracturée, et nul moyen ne pût s'y opposer, car l'emploi d'une attelle fut suivi d'un état si alarmant, qu'il eût été imprudent d'en continuer l'usage. Enfin le mollet vint s'appliquer sur la face interne de la cuisse, et le talon sur les fesses. Le genou présentait un léger gonflement, mais la peau dont il était revêtu était tendue, brillante, et d'une teinte écarlate. Les symptômes de l'état aigu durèrent deux ou trois mois, et diminuèrent enfin ; les révulsifs furent alors employés sur les côtés de la colonne lombaire, le long du nerf sciatique et sur l'articulation du genou. Les révulsifs furent répétés fréquemment, et l'on revint de temps en temps à l'emploi de la saignée sur les parties affectées. Un léger amendement eut lieu, et dura deux ou trois mois. Pendant ce temps, une foule de moyens thérapeutiques furent mis en usage, mais leur emploi ne fut suivi d'aucun résultat bien avantageux.

Parmi ces moyens, je citerai le carbonate de fer, l'iode, la vératrine, la morphine, la quinine, l'acide hydrocyanique, plusieurs acides minéraux, et les toniques de toute espèce ; les saignées locales, les révulsifs, les opiacés, et en dernier lieu les sinapismes ; tels sont les moyens de traitement qui se montrèrent les plus efficaces. Enfin, au bout de dix-huit mois, l'état aigu du mal disparut, la douleur du dos et du genou s'apaisa ; on s'occupa dès lors de ramener le membre à sa rectitude normale ; des oreillers furent placés, comme dans l'observation précédente, entre la jambe et la cuisse, et leur épaisseur fut graduellement augmentée ; enfin l'appareil qu'on avait employé dans le cas précédent, fut également mis en usage, et le membre ne tarda pas à se redresser ; enfin les bains de vapeurs, les frictions et l'exercice, achevèrent la guérison de la malade, qui fut en état de se servir parfaitement bien de sa jambe.

Cette observation, dit l'auteur, ressemble tellement à celle qui précède, qu'elle n'a pas besoin de commentaires. On a dû remarquer que c'est le genou qui fut d'abord affecté, mais l'affection de la moelle est démontrée par la douleur qui siégeait dans le dos et le long du nerf sciatique, et, de plus, par la sensibilité extrême de la totalité du membre et la contracture de la jambe.

Le traitement en fournit également la preuve ; car, après que le genou eût été envahi de rechef, le traitement dirigé seulement contre le mal local ne produisit que peu d'effet ; au contraire, dès que la médication a été dirigée vers le prolongement rachidien et le nerf sciatique, par une fréquente soustraction de sang, par les révulsifs, etc., la maladie commença à s'amender, et finit par disparaître.

Troisième observation. — Une jeune dame, âgée de dix-huit ans, d'une complexion scrofuleuse, s'aperçut qu'elle perdait l'usage de ses jambes : bientôt elle éprouva des mouvements spasmodiques violents et des contractions involontaires dans les extrémités inférieures. A la fin, les mouvements spasmodiques augmentèrent d'intensité au point que les jambes se trouvèrent à demi-fléchies, et conservaient cette position, à moins que quelqu'un ne les ramenât à leur direction accoutumée. A cette époque, la maladie fut prise pour une chorée et traitée comme telle ; cependant aucune amélioration n'eut lieu. En conséquence, des investigations furent dirigées vers la colonne vertébrale ; on s'aperçut aisément que 5 ou 6 vertèbres étaient affectées, et qu'il y avait dans la portion dorsale de la colonne une incurvation angulaire qui commençait à la quatrième vertèbre de cette région. Les amis de la malade ne voulurent pas consentir à ce qu'on la soumit à aucun traitement ; en conséquence, la courbure fut abandonnée à elle-même, et augmenta, ainsi que la flexion des jambes. Elle resta dans cet état pendant plusieurs mois avant de se confier à mes soins.

Je dus d'abord combattre la direction vicieuse des jambes : en conséquence, des sangsues furent fréquemment appliquées au dos, et des révulsifs mis en usage. Sous l'influence de ce traitement du mieux se manifesta, le sentiment reparut dans les jambes, et la contracture diminua assez pour me permettre de placer la malade sur un des lits de M. Earle ; mais dès que l'on remuait ou touchait les jambes, la rétraction de celles-ci avait immédiatement lieu.

Après avoir été un an sous ma direction, et tandis qu'elle reprenait tous les jours un meilleur état de santé, au moment enfin où la sensibilité et la motilité des jambes commençaient à devenir notables, ses amis, impatientés de la durée du traitement, s'efforcèrent, sans mon consentement, de la faire sortir, et firent employer des frictions et l'exercice corporel. Dès lors, les mouvements spasmodiques reparurent; ils envahirent les bras et toutes les parties du corps. A la fin la malade tomba dans un état comateux, et finit par succomber.

L'autopsie ne put être faite.

(*The Lancet*, 26 mars.)

Exposé historique et critique des discussions sur l'emploi des injections dans la gonorrhée; par Hacker (1).

Les opinions sur les injections dans la gonorrhée ont été et sont encore aujourd'hui si diverses, que tandis que les uns les considèrent comme admissibles, utiles et même nécessaires, les autres les repoussent formellement, leur attribuent de graves inconvénients, et leur reprochent surtout de causer des rétrécissements de l'urèthre.

On trouve déjà chez les médecins romains un grand nombre de formules d'injections dans le pénis. Il y a dans les écrits des Arabes des traces évidentes de leur emploi. Alsaharavi recommandait, comme Vogel dans les temps modernes, les injections d'eau de mer; Constantin-l'Africain conseille celles de lait de femme et d'eau d'orge. Ils se servent le plus souvent de l'expression de *clystère ;* on trouve dans Avicenne (ou du moins dans la traduction) celle d'*injectorium*. Jean Ardern recommande dans l'*arsure* (*incendium*) une injection dont il donne la formule suivante :

Accipe lac mulieris masculum nutrientis et parum zucarium, oleum violae et ptisanae, quibus commixtis per syringam infundatur, etc.

Valéscus de Taranta fit, dès l'an 1448, cette remarque, que la canule ne devait pas être enfoncée trop avant dans l'urèthre. A l'invasion de la vérole en Europe, nous trouvons les injections mentionnées en 1495 par Marcellus Cumanus. Vigo, qui ne considérait pas la gonorrhée comme syphilitique, et qui, probablement pour cela, en traite dans sa chirurgie et non pas dans son ouvrage sur la vérole, parle également des injections. Il en est de même de Brassavola (en 1551) qui recommande, dans le phymosis, d'en pratiquer entre le prépuce et le gland. Dans son traité de Morbo Gallico, cap. X, Antoine Chaumette s'exprime ainsi : « Quod si dolor adsit vehemens, utetur mucilaginibus et semine malv. lactucæ, psyllii, lini, cydon. extractis cum aqua caprifolii : cujus succus creditur urinæ ardorem et gonorrhœam curare. Injiciatur autem per catheterem ægro supine existente, ut facilius injectio ad parastatas perveniat; » recommandation sur laquelle nous ne nous arrêterons point en ce moment.

En 1563, Botal, dans le neuvième chapitre de sa *Ratio luis venereæ curandæ*, donne des formules d'injections. Dans Borgarucci, qui publia en 1566 son *Methodus de morbo gallico*, nous lisons, chapitre XII, après qu'il a parlé des moyens internes de traitement contre la gonorrhée, le passage qui suit : Interea exiguo clysteri in virgam injice lavacrum istud, scilicet : R. Aquæ lactis, lixivii, aquæ ros. ana ℥ IV, rosarum rubrar. Sicc. ʒ ij, tutiæ opt. præparatæ, lithargirii ana ʒ iij, bulliat parum, colentur, et utere bis in die, blande injectando, ne exulceres, et tepide, etc.

Sydenham comptait peu sur les injections; il pensait qu'en général elles sont plus nuisibles qu'utiles; seulement, quand la gonorrhée tirait à sa fin, il permettait quelques injections d'eau de roses.

Boerhaave recommandait les injections détersives.

Astruc et Van Swieten les proscrivaient, se fondant principalement sur ce motif, qu'arrêter l'écoulement c'est pousser le poison dans le sang, par conséquent sur un motif qui n'a plus aujourd'hui de valeur.

Mayerne (1650) paraît avoir été un grand partisan et un apologiste exagéré des injections; il y employait l'eau de chaux, avec le calomel et le miel rosat, et il assure avoir par ce moyen guéri constamment et radicalement la gonorrhée en peu de jours(1). Sans parler du charlatan Warren, Cockburne se fit une grande réputation par l'emploi de ce traitement, mais il tint secrète la composition de son remède. Peu après G. Fordyce vanta les injections, il les employait et comme préservatif et comme moyen curatif de la gonorrhée; il fut le premier qui mit en usage les lotions avec la potasse. Il fut imité par John Warren qui employait aussi les injections à titre de préservatif et de remède curatif supérieur à tout autre. Parmi les autres partisans des injec-

(1) Extrait du premier numéro d'un nouveau journal de médecine : Medicinische Argos. Leipzig, 1839, in-8°.

(1) Frédéric Hoffmann (1698) recommandait fortement les injections, Martinenq et Guenault (1730) les regardaient comme le traitement le plus sûr.

tions astringentes préservatives nous ne citerons plus que D. Turner (1729), J. Norman (1756) et W. Ellis (1771).

Baumer (1761), vanta les injections avec un grain de mercure doux dans une demi-once d'huile de jusquiame; Brocklesby (1764) conseille l'huile d'olives fraîche et enfin les remèdes légèrement astringents, mêlés avec le mercure; W. Rowley (1771), Plenk la solution avec l'huile de lin; J. Clark prône les injections avec une solution de sucre de saturne ou de vitriol blanc. J. Andrée (1775) déclarait qu'on pouvait guérir radicalement la gonorrhée en quatorze jours au plus au moyen des injections, il avait même souvent obtenu ce résultat en huit jours. La même année parut l'ouvrage apologétique de W. Cribb sur les injections, ayant pour titre : *Consideration on the use of injections in the gonorrhœa*. Simmons (1780) a vu de bons effets des injections huileuses et opiacées pendant la période inflammatoire, il n'admet les injections astringentes que comme prophylactiques, ou quand l'inflammation est tombée. Simmons recommande des précautions, attendu que, dans les mains inexpérimentées, ce traitement peut être fort nuisible. Ce manque de précautions avait sans doute déjà donné lieu à des accidents qui avaient été signalés, car on voit dès cette époque s'élever des adversaires contre les injections ; tel fut Th. Bayford, qui, dans un écrit spécial (*The effects of injections into the urethra, and the use and abuse of those remedies* etc. Londres, 1773) se prononça contre les injections, et mit sur leur compte une foule de suites fâcheuses, notamment des inflammations violentes, des coarctations, des ulcérations, des végétations ; tout au plus, suivant lui, (p. 65) pourrait-on peut-être les employer impunément au début de la maladie, et elles devraient alors être toujours mercurielles ; opinion qui se fonde sur ce que Bayford était un des partisans de l'identité des virus gonorrhoïque et syphilitique. Tode n'est point non plus favorable aux injections, et les conditions dans lesquelles elles lui paraissent le moins sûres sont précisément celles que Bayford indique comme favorables à leur emploi, c'est-à-dire au début de la maladie, car il dit : *Nœtige Erinnerungen für Aerzte und Kranke, die den Tripper heilen wollen*. Copenhague, 1777, p. 307). « Les injections par lesquelles on prétend enlever le virus mêlé au mucus uréthral auquel il donne la propriété contagieuse avant qu'il ait pu exercer son action délétère sont dangereuses au plus haut degré, etc. »

Peyrilhe (*Neues Mittel wider das venerische Uebel am dem Thierreiche entlehnt u. s. w.* Breslaw et Leipzig, 1787) (1) déclare ne pas voir comment des topiques astringents pourraient être utiles, et quant aux injections adoucissantes de son ami F. Simmons, quelque estime qu'il ait pour lui et quoi qu'il lui en coûte de blâmer un remède que ce médecin approuve, cependant il est trop opposé à l'emploi de tout remède externe capable de diminuer ou d'interrompre l'écoulement pour oser dire qu'elles soient sans inconvénient. Cullen (1784) dit les injections mucilagineuses ou huileuses inutiles, il regarde au contraire celles avec l'opium comme fort avantageuses. Hecker, dans son traité publié à Leipzig en 1787 (*Theoretische praktische Abhandlung über dem Tripper*) dit beaucoup de bien des injections. Il leur reconnaît (p. 147) une quadruple utilité, 1° de préserver de la gonorrhée ; 2° de détruire le principe virulent qui la détermine si on reconnaît son existence avant qu'il ait produit son effet ; 3° de favoriser l'écoulement de la matière gonorrhéique ; 4° de reproduire cet écoulement s'il a été supprimé. Il est vrai, ajoute-t-il, qu'on peut le plus souvent fort bien guérir sans injections, mais cela n'empêche pas qu'elles ne favorisent notablement la guérison. Si un emploi malhabile de ce moyen a eu plus d'une fois des résultats fâcheux, cela ne doit pas nous empêcher d'en faire usage avec les précautions indiquées par les médecins tant anciens que modernes. Après avoir cherché à repousser les reproches faits aux injections, Hecker continue ainsi (p. 149) : Si dans la gonorrhée, et notamment dans celle de l'homme, les injections ont des résultats avantageux, c'est qu'on a pris une connaissance exacte de la maladie, du degré de l'inflammation, c'est qu'on a approprié le choix des substances médicamenteuses à l'état présent du cas, c'est que tout a été convenable dans l'emploi de la seringue, du liquide, du degré de chaleur, etc. ; au contraire c'est parce qu'on n'a pas donné l'attention convenable à toutes ces précautions qu'on a fourni aux adversaires des injections l'occasion de leur reprocher de fâcheux résultats. Le même auteur, dans un autre traité publié en 1802, (*Anweisung die veschiedenen Arten des Trippers genau zu erkennen und richtig zu behandeln, etc.*) recommande surtout ses bougies dissolubles.

Swediaur (*Beobachtungen über hartnœckige und eingewurzelte venerische Zufœlle* , etc. Vienne , 1786. p. 64) s'exprime de la manière suivante : « Les meilleurs remèdes topiques sont les injections avec le zinc, le vitriol dissous dans de l'eau , où l'on peut ajouter quelquefois , selon les circonstances , un peu d'acétate de plomb ou de bol

(1) Je cite la traduction allemande de l'ouvrage de Peyrilhe , parce que je ne trouve point le passage allégué dans l'original français. Il se peut que ce soit une addition du traducteur.

d'Arménie. Quelquefois il est utile d'injecter une faible dissolution de sulfate de cuivre, dans d'autres cas une solution d'alun ou de vert de gris. Je me suis fort souvent bien trouvé de répéter de fréquentes injections avec de fortes doses de mercure dulcifié, préparé selon la méthode de Scheele, dissous dans de l'eau ou dans un liquide mucilagineux quelconque. » Dans le traité des maladies vénériennes de Swediaur, traduit du français par Kleffel, avec des notes de Sprengel, les injections avec des sels mercuriels sont encore recommandées, comme beaucoup d'autres (p. 114), et à la page suivante, l'auteur expose les précautions avec lesquelles ces injections doivent être faites.

Hahnemann (*Unterricht für Wundærzte über die venerischen Krankheiten, etc. Leipzig*, 1789) indique, p. 27, les injections avec le lait tiède ou avec l'eau de chaux comme un moyen prophylactique, et, p. 37, les injections stimulantes pour la troisième période de la gonorrhée; il dit : « 1, 2 à 4 grains de potasse caustique ou de sublimé, dissous dans 8 onces d'eau, constituent les meilleures injections, et remplissent toutes les indications : c'est d'après le degré d'irritation que ces injections déterminent sur les parties affectées, qu'on juge du nombre de fois qu'il faut les répéter. Si cette irritation est légère, il faut les réitérer fréquemment. De cette manière, on peut obtenir la guérison complète de la maladie en fort peu de temps par des injections faites de cinq à sept fois par jour. ».

Bertrandi (*Abhandlung von den venerischen Krankheiten. Aus dem Italienischen von K. H. Spohr. Nuremberg*, 1790) fait remarquer, p. 293, que, dans la troisième période de la gonorrhée, si les remèdes astringents restent sans effet, alors, comme le dit Astruc, il n'y a plus de danger à faire des injections. Nous avons vainement cherché dans Astruc le passage auquel il est ici fait allusion. Spohr, le traducteur de Bertrandi, se prononce très-favorablement sur les injections, notamment dans les notes sur les paragraphes 72, 83, 93 et 110, il cite en outre plusieurs partisans anciens de ce moyen, tels que Brassavola et Musitano.

Bell (*Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*) donne dans l'appendice 33 formules d'injections, mais il recommande de grandes précautions durant la période inflammatoire. Il dit, p. 116 : « Dans mon opinion, le discrédit dans lequel les injections sont tombées près de beaucoup de médecins et de malades, provient de ce qu'on les a employées indistinctement dans tous les degrés de la gonorrhée, sans distinguer convenablement les cas. » p. 338 : « Par l'emploi convenable et en temps opportun des injections, on guérit la gonorrhée virulente plus promptement que par aucun autre traitement; elles réussissent également dans les diverses espèces de gonorrhée bénigne. D'après mon expérience, les remèdes internes ne guérissent pas mieux les unes que les autres, tandis que les injections convenablement administrées réussissent dans tous les cas où l'on peut compter sur quelque remède pour obtenir la guérison. » Bell veut qu'elles soient réitérées beaucoup plus fréquemment qu'on ne le prescrit d'ordinaire. « J'en fais faire, dit-il, sept, huit ou dix par jour, au lieu de deux ou trois, et la cure est souvent accomplie dans autant de jours qu'il faut de semaines en suivant la méthode ordinaire. » P. 150.

Clossius (*über die Lustseuche. Tubingue*, 1797) dit, p. 91 : « Dans la première période, tant qu'il n'y a que du chatouillement et une chaleur qui, quelquefois, n'est pas désagréable dans le canal, on peut couper court à la maladie sans avoir aucun inconvénient à en redouter. L'expérience a appris que l'eau de chaux, qu'une solution très-étendue de potasse, étaient dans ce cas les moyens les plus efficaces. ».

Clossius conseille de porter les liquides indiqués dans le canal de l'urèthre, au moyen d'un pinceau long et fin. Dès que l'inflammation est établie, toute espèce d'injection est nuisible; il ne s'explique pas sur leur usage après l'inflammation tombée; la guérison lui paraît alors toujours facile; il conseille les médicaments corroborants composés d'eau et de vin ou d'eau-de-vie, et pense que les lotions d'eau froide sont ordinairement suffisantes. Girtanner (*Abhandlung uber die venerische Krankheiten, herausgegeben von Cappel*, Gottingue, 1803, p. 122) s'exprime d'une manière très-favorable sur le compte des injections. Elles sont, dans les mains d'un médecin habile et expérimenté, le meilleur de tous les remèdes; on ne saurait leur accorder trop d'éloges, car dans la plupart des cas, elles guérissent la gonorrhée facilement, promptement et radicalement. Il partage en cinq classes les médicaments qu'on emploie pour ces injections : 1° stimulants; 2° mercuriaux; 3° dissolvants du mucus, dont la potasse caustique est le meilleur; 4° médicaments propres à rendre le canal insensible à l'action du virus; 5° huileux ou mucilagineux, pour garantir le canal contre l'action irritante de l'urine. Girtanner vante particulièrement ceux de la troisième et surtout ceux de la quatrième classe. Il cite une lettre écrite par Mederer après les expériences les plus multipliées, sur la grande efficacité des injections de potasse. C'est à la quatrième classe qu'appartiennent les injections opiacées, moyens que Girtanner recommande instamment à tous les praticiens. « Depuis que je connais ce remède, dit-il, p. 129, j'en ai rarement employé d'autres, car il n'en est pas, à mon avis, qui enlève tous les symptômes avec tant de sûreté, de facilité et de promptitude. Dans la

plus forte inflammation les effets en sont des plus avantageux. Son action est presque instantanée. Les douleurs sont calmées immédiatement; l'écoulement diminue progressivement et (si le cas n'est pas d'une malignité notable) disparaît complétement, d'ordinaire entre le sixième et le huitième jour. Au début de la maladie, et quand la gonorrhée a déjà duré longtemps, il faut mêler à ces injections un peu d'extrait de saturne; c'est à Hamilton qu'on est redevable de l'invention de cet excellent remède. J'ai obtenu les plus grands succès par l'emploi de cette méthode, et depuis la première édition de mon ouvrage, l'usage des injections est devenu presque général en Allemagne. » Cette dernière assertion n'est point exacte; il en serait naturellement advenu ce que prétend Girtanner quand ses éloges n'auraient été fondés qu'en partie; mais par le fait, l'usage des injections ne fut point généralement adopté, et il faut l'attribuer à ce que l'effet ne répondit pas aux éloges. Peut-être aussi ce qui nuisit aux injections c'est qu'on en abusa, comme on abuse de tout.

Tœpelmann (*Neuere Erfahrungen ueber zweckmæssige Behandlung venerischer Schleim-ausflüsse*, Leipzig, 1809) donne, p. 140, les règles auxquelles il faut se conformer dans l'emploi des injections. Après avoir taxé d'impuissance l'usage intérieur des balsamiques, il ajoute : « On peut se promettre des résultats incomparablement plus avantageux de l'emploi approprié des remèdes stimulants, astringents en injections. A ce titre se recommandent les solutions étendues de sels mercuriels caustiques, de sulfate de zinc, de cuivre, de fer, celles d'alun, les remèdes saturnins et autres substances semblables, qui par l'excitation qu'elles exercent sur les parties relâchées du canal enlèvent la disposition à une sécrétion exubérante de mucus. La force de ces injections de même que la répétition plus ou moins fréquente de leur emploi ne peuvent absolument se déterminer que d'après la facilité plus ou moins grande avec laquelle les malades les supportent.

Walch (*Ausfürliche Darstellung des Ursprungs, der Erkenntniss, Heilung und Vorbauung der venerischen Krankheiten. Iena*, 1811) recommande pour injections une solution d'alcali fixe ou de sublimé, avec extrait aqueux d'opium et suffisante quantité de mucilage; l'eau de chaux suffit seule dans la gonorrhée simple. Il a soin de faire remarquer que les injections ne doivent être mises en usage qu'après qu'on s'est assuré qu'elles n'augmentent pas l'inflammation. Quant au pinceau de Clossius, au siphon de Hahnemann, aux bougies dissolubles de Hecker, il leur préfère l'injection avec une seringue. On peut être certain, dit-il, p. 298, que si l'on s'y prend d'une manière convenable et avec une seringue appropriée, on évitera tous les inconvénients qui ont été reprochés à cette méthode de traitement.

Une autorité imposante en faveur des injections est celle de Cullerier, oncle. Il indique d'abord les substances qu'on y emploie :

On fait faire des injections toniques avec de l'eau et du vin, avec des décoctions de roses de Provins, de quinquina, avec des dissolutions de sulfate de zinc, de sulfate de cuivre, d'acétate de plomb, de muriate de mercure suroxydé. Le sulfate de zinc est dissous dans la proportion d'un demi-gros à un gros par livre d'eau distillée; le sulfate de cuivre, dans le rapport de 24 à 48 grains par livre d'eau; la dissolution de muriate de mercure suroxydé contient un grain sur trois à cinq onces d'eau distillée; on ajoute deux gros de vin d'opium composé par chaque livre de ces dissolutions; l'acétate de plomb est étendu à la dose d'une demi-once sur une livre d'eau.

Tous les médecins ne sont pas d'accord sur les avantages et les inconvénients des injections : les uns les emploient exclusivement, les autres les rejettent absolument. Il est dangereux de faire des injections pendant la période inflammatoire et douloureuse : j'ajouterai, par anticipation, qu'il l'est encore plus, tant qu'on peut présumer que le principe contagieux existe encore. Ceux qui rejettent les injections, même vers la fin des blennorrhées, croient qu'elles donnent lieu aux resserrements du canal; mais quand on injecte en l'absence de la douleur et de l'inflammation, quand il y a atonie, quand on fait usage d'une injection qui n'est pas caustique, comment croire qu'il en résultera un rétrécissement? J'ai été pendant quelque temps l'antagoniste des injections, les reproches que plusieurs auteurs leur faisaient m'empêchaient d'y recourir : mais ayant reconnu que plusieurs malades avaient des coarctations, sans avoir fait d'injections; que d'autres qui en avaient fait urinaient cependant à gros jet, je me décidai à mettre ce moyen en usage : encouragé par son innocuité, je m'en suis fréquemment servi, et je n'ai point eu à m'en repentir; je dirai plus, l'expérience m'a prouvé que c'était souvent faute d'injections, que les rétentions d'urine avaient lieu. En effet, presque tous les malades que j'ai trouvés dans ce cas, avaient eu pendant plusieurs mois, pendant des années, des écoulements chroniques, qui n'auraient point altéré le canal s'ils avaient été arrêtés par des injections toniques. D'après ces observations, je n'hésite point à prescrire de pareilles injections au déclin des écoulements. Cullerier a souvent réussi à guérir par des injections énergiques des blennorrhées anciennes, même compliquées de rétrécissements.

Lagneau (*Traité pratique des maladies syphilitiques, etc.*, t. I, p. 71) s'exprime dans le même sens que Cullerier, quoique avec moins de détails et

de précision. Dans la première espèce, c'est-à-dire lorsque l'irritation locale est tellement faible qu'aucune sensibilité anormale ne l'accompagne, et il faut se rappeler que c'est celle qui se présente le plus souvent dans la pratique, le meilleur moyen de mettre fin à l'écoulement blennorrhéique est de faire des injections astringentes avec une solution aqueuse de sulfate de zinc, d'acétate de plomb, des différents sels mercuriels, mais particulièrement de sublimé ou d'autres stimulants, etc., si la blennorrhée tient à la débilité générale, il est indispensable d'associer un régime restaurant à l'usage des astringents locaux. On prescrira donc du vin et de bons aliments, etc.

L. Vogel dans son traité (*Die Heilkunst der venerischen Krankheiten*. Gotha, 1817) consacre aux injections trois paragraphes spéciaux : p. 78, *injections opiacées*, p. 79, *règles pour la pratique des injections*, p. 85, *injections alcalines*. Ces dernières sont conseillées comme moyens destinés à clore le traitement. Sporer (*catarrhus genitalium pathologicè ac therapeutice disquisitus*. Vienne, 1819) dans la section du traitement de la période de relâchement, s'exprime ainsi (p. 87) : « Astringentia tunc, terebinthinacea, antimonialia » et ferrata bono cum fructu propinantur, in con» suetis tamen casibus sola cura localis sufficit, re» media externa loco adfecto optimè forma injec» tionis adplicantur, etc., quod injectiones suam hinc » indè perdiderint fidem, nonnisi perverso earum » usui debetur, sequelæ pessimæ indè emergentes » facilè explicantur. » Après ces remarques, Sporer donne trois formules d'injections astringentes, dont il assure s'être servi avec le plus grand succès.

Louvrier (*Nosographisch-therapeutische Darstellung syphilitischer Krankheitsformen*. 2ᵉ édition, Vienne, 1819) n'est pas bien clair dans ce qu'il dit des injections, car, d'une part, il blâme (p. 44) les injections avec la solution de potasse dans la première période de la gonorrhée, et d'autre part néanmoins, il propose d'injecter de l'eau de chaux quatre fois par jour, et n'excepte que les cas dans lesquels l'irritation est si violente et la sensibilité du malade si vive qu'il ne lui est plus possible de les supporter, auquel cas on remplace ces injections par des bains locaux réitérés dans le même liquide. Si l'inflammation est dissipée, il faut, dit-il (p. 48), employer des injections avec l'eau de chaux récemment préparée, jusqu'à ce que l'écoulement diminue progressivement; et si ce dernier ne cesse pas, quoique tout symptôme imflammatoire ait complétement disparu, alors il prescrit souvent, au lieu d'eau de chaux, une solution étendue de potasse caustique en injections.

L'opinion de Wendt sur les injections se trouve résumée dans le passage suivant de son ouvrage : (*Die Lustseüche in allen ihren Richtungen*, etc. 3ᵉ Aufl. Breslau, 1825). « (p. 37) On cherche à prévenir le développement de la maladie par de fréquentes injections soit émollientes et huileuses, soit âcres ou excitantes. Quelque utiles que puissent être ces injections, pratiquées aussitôt après le coït, il faut bien se garder de faire des injections caustiques ou d'en trop prolonger l'emploi, car on courrait risque de hâter le développement de l'inflammation. (p. 41) Si la gonorrhée a été traitée convenablement, l'emploi des injections est rarement indiqué; dans la gonorrhée franchement inflammatoire, les injections sont le plus souvent nuisibles. Tout ce qu'on peut se permettre avec sûreté dans ces cas, ce sont les injections avec un liquide émollient, tiède, antiphlogistique. Les injections stimulantes, astringentes, des siccatives, ne peuvent être mises en usage que pour les blennorrhées secondaires. (p. 45) L'usage intempestif des injections avec le vitriol ou autres substances astringentes a causé plus de rétrécissements de l'urèthre que n'aurait fait l'inflammation la plus violente des gonorrhées. (p. 55) Wendt avertit que quand l'écoulement blennorrhagique s'arrête, il reste encore pendant quelques jours un suintement, qui fournit chaque matin quelques gouttelettes d'un liquide blanchâtre. Si ce suintement se prolonge trop, s'il menace de devenir chronique, si même il augmente, il convient alors de faire deux fois par jour des injections avec la mixture suivante :

R. Extracti opii. . . . . gr. viij.
Solve in aquæ distill . . . . . . s. ℥ iv.
Adde aceti saturn. . . . . . . gutt. viij
Mucilaginum minos. . . . . . . ℥ s. m.

Dzondi (*Neue Zuverlœssige Heilart der Lustseüche*. Halle, 1826) ne veut point entendre parler d'injections. Il dit (p. 81) « Dans la première et la troisième période, pendant l'écoulement muqueux, qu'on se garde de l'emploi de tout remède externe ou intérieur capables de l'arrêter; qu'on évite toute sorte d'injections quelles qu'elles soient. (p. 82) Je le répète encore une fois, toutes les injections sont nuisibles. » Dzondi n'était pas seulement le plus violent adversaire des injections, il rejetait aussi l'emploi des médicaments internes qui agissent dans le même sens; du baume de copahu, du cubèbe, etc.; moyens qu'il n'admet que dans les blennorrhées atoniques. Du reste, Dzondi aimait l'hyperbole, et c'est à ce titre qu'il nommait sa méthode de traiter la vérole, *nouvelle et sûre*.

Plisson (*Syphilographie*, etc.), à l'occasion de la blennorrhée secondaire, se prononce très-favorablement pour les injections, en donne un grand nombre de formules, et en recommande une très-particulièrement qui est de sa composition et dans laquelle les mercuriaux sont unis à l'opium.

Eisenmann (*Der Tripper in allen seinen Formen und in allen seinen Folgen. Erlang*, 1830) donne, page 270, un appendice, où il traite, § 193-196, de l'emploi des remèdes en injections. Chez les Arabes et les arabistes, il est question, dit-il, d'injection et de seringue. J. Ardern, Marcellus, Cumanns et de Vigo fournissent la preuve qu'on en usait communément avant l'apparition de la vérole, et dans les premiers temps de cette apparition. Eisenmann, de même que Wendt (*Loc. cit.*, p. 41), cite Bossi, pour qui les injections étaient la meilleure, ou plutôt l'unique méthode de traitement; nous avons vainement cherché quel pouvait être ce Bossi. A la page 270, Eisenmann dit que Chalmet paraît avoir bien connu les avantages des injections; on pourrait présumer d'après ce seul passage qu'Eisenmann a lui-même une opinion avantageuse sur ce mode de traitement, mais il s'en explique itérativement et d'une manière directe pour les recommander.

Rust (*Magazin*, etc., t. 33) pense qu'on peut parfaitement se passer d'injections dans la gonorrhée, et même de la plupart des médicaments internes, y compris de baume de copahu.

Simon (*Versuch einer kritischen Geschichte*, etc., t. 1. *Hambourg*, 1830, p. 213 et 227) employait autrefois, quand les douleurs étaient vives, des injections avec le lait et la décoction de gruau, mais il en retira rarement de grands avantages. Souvent le liquide le plus doux déterminait une sensation très-désagréable; il s'en abstint depuis. Il ne trouve pas impossible que ce mode de traitement ne provoque sympathiquement l'engorgement du testicule et la rétention d'urine par l'inflammation du canal de l'urèthre qui suit l'irritation causée par l'injection, et aussi par l'effet de l'arrêt partiel ou total de la sécrétion morbide. A l'occasion de la blennorrhée secondaire, Simon parle encore des injections pour dire qu'il ne peut les recommander, qu'il y a rarement recours, quoiqu'il ne puisse nier leur avoir vu produire quelquefois de très-bons effets. Du reste il les considère comme la cause la plus fréquente des rétrécissements de l'urèthre et des maladies de la prostate. Quelquefois elles augmentent l'écoulement, et les hommes qui ont le canal très-irritable ne peuvent les supporter, quelque douces qu'elles soient et quelques précautions qu'on mette à les pratiquer. Il y a des contre-indications à l'usage des injections comme à celui de tout autre remède.

Benjamin Travers (*Observations on pathology on venereal affections. Londres*, 1830) regarde les injections comme étant, après le baume de copahu, le meilleur antiblennorrhoïque, et il donne particulièrement des éloges à celles avec le plomb, le cuivre et le zinc.

Handschuch (*Die syphilitische Krankheitsformen und ihre Heilung. Munich*, 1831) parle des injections sans chercher à faire valoir leurs avantages; mais pour répondre aux inconvénients qu'on leur attribue, il dit, page 303 : « La forme de la gonorrhée ne paraît avoir aucun rapport de causalité avec les rétrécissements de l'urèthre, car on les voit aussi bien après des gonorrhées légères qu'après les plus opiniâtres, après celles dans lesquelles on n'a fait aucun usage des injections, comme après celles où on les a employées.

Bonorden (*Die Syphilis*, etc., Berlin, 1834) donne plusieurs formules d'injections, et dans le nombre il y en a quelques-unes qu'il recommande comme très-efficaces; telle est, pour les cas où c'est l'atonie qui entretient l'écoulement, la mixture d'Augustin avec le cachou, la myrrhe et l'eau de chaux (p. 192). Si l'atonie est compliquée d'excès d'irritabilité, les astringents doivent être combinés avec les calmants. Bonorden convient que les injections peuvent causer des rétrécissements, mais ce n'est que quand elles sont pratiquées sans les précautions convenables, et en ce sens, leurs partisans les plus décidés ne sauraient le nier.

Tadini (*De la gonorrhée*, etc., Paris, 1834) a guéri les gonorrhées, tant aiguës que chroniques, sans autre remède que les injections, et toujours la guérison a été rapide (quelquefois en trois jours), radicale, jamais il n'a observé aucune suite fâcheuse, et cela il l'a vu dans plusieurs centaines de cas. Malheureusement Tadini fait un secret de la composition de ses injections, et l'exagération de ses éloges saute aux yeux.

Un partisan non moins décidé des injections est Serre (*Mémoire sur l'efficacité des injections avec le nitrate d'argent cristallisé dans le traitement des écoulements anciens et récents de l'urèthre.* Paris et Montpellier, 1835) il cherche à réfuter complétement tous les reproches qu'on a faits aux injections et à établir les grands avantages qu'on obtient de leur usage. Il y emploie le nitrate d'argent cristallisé, dont il met un quart de grain par once de liquide. Les seringues de corne sont celles qu'il préfère. Les injections doivent être poussées jusque dans la vessie, parce qu'il n'y a pas, dans toute la longueur du canal de l'urèthre, un seul point où la blennorrhée ne puisse avoir son siége. A l'exception d'un peu de démangeaison, nul phénomène morbide n'accompagne leur emploi, l'écoulement cesse le plus souvent en quatre ou cinq jours, au plus en sept ou huit, quelquefois même dès la seconde ou la troisième injection. Ordinairement on fait une injection le matin et une le soir. Dans tous les cas, qu'il y ait ou non des complications, et lors même que la maladie dure depuis des

années, la guérison s'obtint dans le court espace de temps indiqué.

Cullerier neveu est d'un avis entièrement opposé (*Recherches pratiques sur la thérapeutique de la syphilis, par Championnière*. Paris, 1836, p. 388). Il regarde les injections comme extrêmement dangereuses dans la période inflammatoire, et les proscrit dans tous les cas comme augmentant l'inflammation, comme la propageant à la vessie, aux testicules, etc., comme causant des rétrécissements de l'urèthre. Même dans les gonorrhées chroniques, les injections ne sont pas sans de fréquents inconvénients, comme de causer des rétrécissements, par exemple; aussi, depuis plusieurs années, M. Cullerier ne s'en sert-il que dans un très-petit nombre de cas; dans ceux où tous les autres moyens de traitement ont échoué. Cullerier employait autrefois les injections, depuis il y a renoncé. C'est précisément l'inverse qui était arrivé à Cullerier oncle, comme on l'a vu précédemment.

Tous les écrits récents sur la gonorrhée sont plus ou moins favorables aux injections.

Boyer (*Traité pratique de la syphilis*, Paris, 1836) blâme, il est vrai, la méthode qui consiste à traiter l'uréthrite, dès son commencement, par les injections astringentes, attendu que si l'écoulement est ainsi supprimé sans peine, le moindre excès suffit pour le faire reparaître, et que les malades ainsi traités sont plus sujets que les autres aux rétrécissements de l'urèthre; mais du reste, il recommande les injections d'acétate de plomb faites en temps opportun, c'est-à-dire quand l'écoulement est entièrement blanc, époque où elles s'arrêtent en quatre ou cinq jours. Dans le traitement des gonorrhées chroniques, il recommande diverses injections stimulantes et astringentes, au moyen desquelles il a mis fin à des blennorrhées qui avaient résisté à tout autre traitement. Elles redonnent à la membrane muqueuse uréthrale le ton qu'elle a perdu. Il convient d'abord d'explorer le canal avec une grosse sonde, et si elle pénètre sans difficulté, on peut faire les injections.

Desruelles (*Traité pratique des maladies vénériennes*. Paris, 1836. p. 428) traite avec plus de détails encore des injections. On peut avoir recours aux injections opiacées si la douleur persiste malgré l'emploi des antiphlogistiques. Mais si l'on y a recours prématurément, elles augmentent quelquefois l'irritation. C'est surtout pour les gonorrhées anciennes et sans douleur que Desruelles vante les injections, et particulièrement les injections vineuses. Il dit (p. 429) : « Les injections vineuses sont de toutes les préparations qu'on porte dans l'urèthre pour faire cesser la sécrétion anormale, celles qui produisent les effets les plus certains. Avant d'employer les injections vineuses, il faut que le malade ne ressente plus aucune douleur en urinant. Lorsque l'uréthrite a été préalablement combattue par les antiphlogistiques, et que l'écoulement continue, il est rare que les injections vineuses, faites pendant huit ou dix jours, n'amènent pas une guérison complète. (p. 430) Nous avons toujours employé avec avantage les injections avec le sulfate de zinc, le sulfate d'alumine et de potasse, la décoction de noix de galle, et quelquefois la solution de nitrate d'argent, etc. » Dans le chapitre de la gonorrhée chronique, l'auteur revient sur ce mode de traitement, le dit indiqué, le recommande; mais il faut remarquer aussi qu'il ne procure quelquefois qu'une cure incomplète; d'une part, il dit des injections : « Leur usage n'a que de légers inconvénients, jamais elles ne déterminent d'accidents, etc. » et d'un autre côté, quand il traite des causes des rétrécissements de l'urèthre, il ne compte point les injections dans leur nombre.

Un partisan décidé des injections, c'est le docteur Judd (*A practical treatise on urethritis and syphilis, etc*. Londres, 1836). A la page 16 de son ouvrage, il donne un tableau des propriétés de diverses injections, et il assure que par leur moyen il a obtenu constamment, à l'exception de deux cas seulement, la guérison de la maladie dans l'espace d'un à sept jours.

Gibert traite des injections dans une section intitulée : *Méthode astringente*, de son *Manuel pratique des maladies vénériennes*. Paris, 1837. p. 214—227. Quoiqu'il lui semble peu rationnel d'arrêter la gonorrhée dès son commencement au moyen des injections, il pense néanmoins que cette méthode, si elle était sûre dans son résultat, devrait être préférée à toute autre, parce que la maladie peut souvent se prolonger longtemps, et que personne n'ignore que le fait même de cette prolongation a des inconvénients graves et nombreux, parmi lesquels le plus fâcheux est le rétrécissement de l'urèthre. Il cite Lallemand, à qui l'expérience de chaque jour démontre qu'on a beaucoup exagéré les inconvénients d'une suppression précoce de la gonorrhée, et que c'est plutôt un moyen de prévenir des suites fâcheuses que la maladie peut avoir en se prolongeant. Quant à la crainte de voir les injections produire des rétrécissements, si on les emploie pour des écoulements chroniques et sans douleur, sans admettre qu'elle soit tout à fait imaginaire, il la croit du moins exagérée.

Le chirurgien Wall Moreau (*Conf. Gaz. méd.*, n° 24. 1837) donne de grands éloges aux injections, notamment à celles avec la solution de nitrate d'argent. Il emploie ce remède à la dose de 1 à 8 grains par once d'eau. Il est convaincu que la vraie cause des rétrécissements de l'urèthre n'est autre que le prolongement de la durée des gonorrhées, prolongement qui détermine l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux. Le meilleur moyen de les pré-

venir est donc de faire cesser le plus promptement possible l'inflammation qui y donne lieu. L'auteur veut que les injections soient faites d'une manière brusque et rapide, ce qu'il ne nous est pas plus possible d'admettre que le conseil qu'il donne de se servir de seringue à longue canule.

Pour clore cette revue, écoutons la manière dont Ricord s'exprime sur les injections (*Traité pratique des maladies vénériennes*. Paris, 1838. in-8°). « Il est évident en général, dit-il, dans le traitement d'une maladie quelconque, que, lorsqu'on peut atteindre l'organe malade, les médications locales sont les plus efficaces, et cela surtout dans une affection qui, d'après l'opinion la plus commune, est elle-même purement locale. D'un autre côté, la guérison la plus rapide étant, toutes choses égales d'ailleurs, la plus favorable, et les injections la déterminant dans une foule de cas, elles ont dû obtenir la préférence. Ajoutez à cela qu'elles constituent une médication facile, peu coûteuse, qu'on cache aisément, et qui a l'immense avantage de ne troubler en rien les fonctions d'un autre organe et la santé générale. La principale objection faite aux injections, celle qui les a fait rejeter par leurs antagonistes, c'est la propriété qu'on leur a attribuée de produire des rétrécissements. Mais pour quiconque veut observer les faits sans prévention, il restera constant que la plupart des rétrécissements de l'urèthre n'ont lieu que chez des malades qui ont eu successivement plusieurs blennorrhagies, ou chez lesquels un de ces écoulements a eu une longue durée.

Beaucoup de malades n'ont jamais fait d'injections, ou les ont employées trop tard et à une époque où il y avait déjà des altérations de tissu. Ce qu'on peut dire d'après l'observation directe ou par analogie, c'est que l'usage méthodique des injections donne les résultats les plus prompts et les plus heureux, et que plus elles guériront rapidement, moins on sera exposé aux altérations organiques de l'urèthre, qui, nous le répétons, sont en raison directe de la durée de la maladie. Les accidents attribués à la répercussion due à ce moyen sont ou chimériques ou mal expliqués.

Quand il s'agit de faire avorter un écoulement, c'est aux injections altérantes perturbatrices, au nitrate d'argent, que je donne la préférence. Après la période aiguë, je recommande l'usage des injections résolutives avec l'acétate de plomb; puis, quand celles-ci, employées pendant sept à huit jours, n'ont amené aucun résultat, il faut reprendre celles au nitrate d'argent, ou les remplacer par les astringents : alun, zinc, laudanum. Dans les cas où, toute sensibilité ayant disparu, il reste un suintement blanc qui constitue ce qu'on appelle la goutte militaire, des injections toniques avec le vin rouge du Midi seul, ou avec addition de tannin ou de sucre suffisent quelquefois.

Dès que l'écoulement est tari, il faut diminuer graduellement le nombre des injections pour les cesser bientôt; car cette médication, à laquelle on vient de devoir la guérison, peut rappeler la maladie, si on la continue mal à propos.

GAZ. MÉDICALE. — Mai 1839.

Phlegmon dans la région crurale ayant présenté les symptômes d'une hernie étranglée.

La femme Lucazeau, de la commune de Vandelnay, âgée de quarante-huit ans, encore réglée, ayant eu trois enfants, n'ayant jamais eu de hernie, ressentit tout à coup et sans efforts préalables des coliques violentes, avec apparition d'une tumeur située dans la région crurale droite : ces coliques durèrent huit jours; pendant tout ce temps, suppression des évacuations alvines : la tumeur devint grosse comme un œuf de poule; vomissements bilieux. Au bout de sept jours, un officier de santé est appelé, il essaie inutilement le taxis, et prescrit douze sangsues, *loco dolenti*, frictions avec extrait de belladone, bains, cataplasmes émollients, lavements purgatifs. Ces accidents continuant, je suis appelé, le 24 octobre 1836, pour faire l'opération de la hernie étranglée, c'est-à-dire le neuvième jour de l'apparition des coliques. J'examinai la tumeur que je trouvai molle, fluctuante et rouge, et j'ai cru ressentir du gargouillement; les environs de cette tumeur étaient durs et rouges; cessation de vomissements, qui avaient une odeur fortement prononcée de matières fécales; selle copieuse. D'après tous ces symptômes, je pensai aussi que la femme Lucazeau avait une hernie étranglée, qu'appelé trop tard, elle s'était terminée par gangrène, et que l'abcès que j'observais en était la conséquence. Nous n'avons pas pu savoir si cette tumeur était endolorie primitivement et si la malade éprouvait de la douleur au toucher; le chirurgien et elle n'ont pu rien nous dire à cet égard. Je prescrivis trente sangsues autour de la tumeur, des cataplasmes, lavements et un bain après la chute des sangsues. Le lendemain, dixième jour de la maladie, fluctuation plus apparente et cessation de tous les accidents; selle; je ne voulus pas ouvrir la tumeur, j'ordonnai cataplasmes maturatifs : le onzième jour, dans la nuit, l'abcès s'ouvrit de lui-même, et ayant introduit une sonde au fond de la plaie, je reconnus qu'il n'y avait point d'intestins, mais que l'abcès s'étendait jusqu'au bas de la grande lèvre. On a pansé simplement avec de la charpie et des cataplasmes émollients pour fondre les alentours de

ce phlegmon; quelques jours après, on a fait un bandage légèrement compressif, et la cicatrice s'est faite assez rapidement.

Cette observation suggère des réflexions intéressantes : tous les symptômes qu'a éprouvés cette femme sont bien ceux d'une hernie étranglée, qu'on pourrait confondre encore avec un bubon, si le praticien examinait superficiellement. Si j'eusse été appelé assez à temps au moment où tous les accidents étaient en progrès, il est probable que j'eusse opéré; et je n'aurais pas été à blâmer, car je me serais promptement aperçu de mon erreur, et, en pareil cas, il vaut mieux opérer que d'attendre : avec une médecine expectante, on compromettrait les jours du malade atteint de hernie. Cette tumeur était grosse comme un œuf de poule, large et dure dans son pourtour, tandis que chez les femmes les hernies sont petites et indolentes. Le docteur Hull dit que le volume de la tumeur varie ordinairement entre le volume d'une noisette et celui d'une noix (Med. and. phys. journ., v. 11, p. 54). Sabatier fait remarquer surtout la petitesse de la tumeur (Méd opér. t. 1, p. 144 et suiv.). La fluctuation de la tumeur, la cessation des vomissements d'abord bilieux, puis répandant une odeur de matières alvines, et le rétablissement des selles, sont les causes qui m'ont déterminé à ne pas opérer.

BOUCHARD. D.-M.-P., à Saumur.

J. DES CONNAISS. MÉD.-CHIR. — Mai 1839.

Mémoire sur le traitement des varices des membres inférieurs, 1° par les épingles, 2° par la potasse caustique, 3° par l'emploi combiné de ces deux moyens; par M. BONNET, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Je commençai sur la fin de l'année 1834 à m'occuper de la cure radicale des varices. Pendant les deux premières années que je me livrai à ce travail, je fis usage des épingles chez seize malades dont les varices formaient un relief au dessous de la peau, et de la potasse caustique chez deux femmes dont les veines dilatées se perdaient au milieu d'une graisse abondante. Ces deux dernières sortirent guéries, ainsi que tous ceux qui traités par les épingles étaient dans des conditions que nécessite une cure radicale. Les deux méthodes me semblèrent donc également utiles. Mais comme des hémorrhagies s'étaient manifestées à travers les eschares au moment où la potasse caustique avait ouvert les veines, et qu'aucun accident grave n'avait suivi l'emploi des épingles, j'étais décidé, suivant l'opinion généralement répandue alors, à donner la préférence à ces dernières.

Cependant j'attendais pour me prononcer d'une manière définitive, que j'eusse suivi pendant plusieurs mois, pendant plusieurs années, les malades qui avaient été soumis à l'une ou à l'autre de ces méthodes, et je sentais d'autant plus le besoin de cette observation prolongée bien au delà de la sortie des malades, que les faits publiés par MM. Davat, Velpeau, Jobert, et qui sont épars dans divers Recueils, s'arrêtaient aux suites immédiates de l'opération. Je dois l'avouer, je fus péniblement détrompé sur l'efficacité des épingles comme moyen de procurer une guérison définitive. Tous les malades que je parvins à revoir, après être restés guéris pendant un temps qui a varié depuis un jusqu'à six mois, avaient vu reparaître leurs varices avec autant d'intensité qu'avant l'opération, et cela non-seulement dans les divisions secondaires, mais dans le tronc de la saphène sur lequel le plus grand nombre des épingles avaient été appliquées et où l'oblitération avait paru devoir être permanente. Les deux malades traitées par la potasse caustique avaient été plus heureuses (c'étaient deux femmes) : leur varices ne s'étaient pas reproduites, chez l'une quatorze mois après le traitement, époque à laquelle l'interne qui l'avait soignée la rencontra par hasard à Versailles; et chez l'autre pendant plusieurs années que je l'ai revue habituellement.

Ces faits me conduisirent à voir dans les épingles un moyen d'oblitération qui n'avait qu'un effet temporaire, et dans la potasse caustique un agent propre à déterminer une oblitération permanente, mais capable de produire une hémorrhagie.

Conduit ainsi à n'employer isolément aucun de ces deux moyens, je pensai résoudre toutes les difficultés en les associant l'un à l'autre.

Si je place, me dis-je, les épingles de distance en distance sur le trajet de la saphène, et que dans leur intervalle je cautérise à l'aide de la potasse, j'obtiendrai par les épingles une oblitération momentanée qui préviendra l'hémorrhagie, et par la potasse caustique une oblitération permanente qui amènera la guérison. Cette idée fut mise à exécution sur neuf malades pendant le cours de 1837. Par une circonstance fâcheuse je ne pus revoir aucun de ces malades, et l'incertitude où me laissaient ces observations inachevées, jointes aux préoccupations que me donnaient des opérations plus graves, me conduisirent à interrompre mes travaux sur le traitement des varices. Je me vis cependant obligé de les reprendre dans le milieu de l'année 1838, où j'eus à traiter un homme dont les veines variqueuses ulcérées donnaient des hémorrhagies abondantes. Je n'avais plus confiance aux épingles; je trouvai trop compliqué le traitement combiné par celles-ci et la potasse caustique : les accidents mortels que je savais avoir suivi entre les mains de chirurgiens habiles l'emploi de la méthode de M. Davat, me déci-

daient à n'en plus faire usage, qu'elle fût employée seule ou combinée. Je revins donc à la potasse caustique, d'autant plus que j'avais lieu de croire que les hémorrhagies qui m'avaient éloigné de la mettre en usage pourraient être facilement prévenues en comprimant le membre et en assujettissant le malade au lit. Ces prévisions s'étant justifiées, je poursuivis l'emploi d'un moyen que je regrettai d'avoir trop tôt abandonné. Je commençai ainsi sur douze malades une nouvelle suite d'observations qui me confirmèrent de plus en plus dans cette idée, que le traitement des varices par la potasse caustique seule est, de tous ceux que j'ai mis en usage, le plus simple dans son application, le moins douteux dans ses suites, et celui qui assure la guérison la plus complète et la plus durable.

On voit, d'après cet exposé, qui m'a paru nécessaire à l'intelligence de ce mémoire, que les observations sur le traitement des varices se rapportent : 1° à l'emploi des épingles seules ; 2° à celui de la potasse caustique seule ; 3° à la combinaison de ces deux moyens.

L'histoire de l'un de mes malades ne peut toutefois être rangée rigoureusement dans l'une de ces catégories : je le soumis une première fois à l'emploi des épingles seules, une seconde fois à celui des épingles et de la potasse caustique combinés. Avant ma première tentative il avait été opéré par Dupuytren suivant la méthode de l'incision, et dans l'intervalle qui s'écoula entre mes deux opérations, par M. Gaillard, de Poitiers, qui lui avait fait la résection d'une partie de la saphène. Ce malade portait en quelque sorte écrite sur sa jambe l'histoire des diverses méthodes employées dans ces derniers temps pour la guérison des varices.

La question thérapeutique est, comme on le voit, l'objet principal de ce mémoire. Mais avant de l'aborder je crois devoir présenter quelques observations sur un point d'anatomie pathologique relatif aux varices et sur un symptôme propre à faire juger de leur gravité et des effets du traitement qu'on leur oppose : je veux parler des tumeurs qui sont aux veines ce que les anévrysmes spontanés sont aux artères, et de l'ondulation que l'on peut imprimer au sang dans les veines variqueuses en sens inverse du cours que les valvules le forcent à prendre dans l'état normal.

Des tumeurs variqueuses analogues aux anévrysmes spontanés. Cette forme particulière de dilatation des veines n'a été bien décrite par aucun auteur. Je l'ai observée en 1833 sur un jeune homme de 24 ans, dont la saphène interne était dilatée dans son tronc et dans toutes ses divisions principales. Deux ans après que ses varices eurent commencé à paraître, il se développa à la partie moyenne de la cuisse, sur le trajet de la saphène interne, une tumeur qui durait depuis un an, lorsque je le vis pour la première fois (en mars 1833). Cette tumeur du volume d'un œuf de poule, recouverte d'une peau parfaitement saine, sans adhérence avec elle, était molle, fluctuante et indolente ; elle fatiguait seulement le malade par son volume, comme l'aurait fait une tumeur enkystée. Je l'enlevai à travers une incision faite à la peau ; mais lorsque par un dernier coup de bistouri, je la détachai dans sa partie profonde, il s'écoula en nappe une assez grande quantité de sang, et en examinant le fond de la plaie je reconnus que j'avais ouvert la saphène interne par sa paroi superficielle : je pratiquai la réunion immédiate, et la plaie se cicatrisa sans aucun accident.

La tumeur contenait du sang liquide mélangé à une grande quantité de caillots mous et noirâtres : ses parois fibreuses étaient parfaitement lisses à leur surface interne, et sa cavité communiquait avec celle de la veine par une ouverture de 3 ou 4 lignes de diamètre, qu'entourait la petite portion de veine que j'avais détachée. Cette tumeur était semblable aux anévrysmes ; ses parois se continuaient avec celles du vaisseau sur le côté duquel elle était située, et les cavités de l'un et de l'autre communiquaient entre elles par une ouverture étroite.

Eclairé par cette observation sur les caractères anatomiques des dilatations latérales des veines, je devins attentif à en saisir les symptômes sur les autres malades soumis à mon observation. Je ne les ai rencontrés depuis que sur deux d'entre eux, et toujours sur le trajet de la saphène interne dans sa portion crurale. Le premier de ces malades présentait deux tumeurs molles, indolentes, du volume d'une noix, situées sur le trajet de la saphène, l'une vers l'embouchure de ce vaisseau un peu au-dessus et au dedans du genou. En percutant sur l'une de ces tumeurs, l'on faisait refluer le sang dans tout le trajet de la veine dilatée, et en plaçant la main sur l'autre tumeur, l'on sentait distinctement une pulsation, que du reste la vue seule permettait de reconnaître : ce reflux, cette pulsation, me semblent être le caractère distinctif de ces tumeurs, parce qu'il prouve que le liquide qu'elles contiennent communique librement avec celui que renferment les veines. Je l'ai parfaitement retrouvé sur le second malade. La tumeur qu'il portait avait le même volume et les mêmes caractères que les précédentes ; elle était située comme l'une d'elles à la partie interne et supérieure du genou ; la percussion en faisait refluer le sang en haut et en bas dans la saphène interne.

Ces tumeurs sont indiquées par M. Briquet (*Thèse* et *Archiv. gén. de méd.*, t. VII), lorsqu'il parle des varices globuleuses analogues par leur forme aux varices anévrysmales. L'on doit peut-être y rapporter aussi celles dont parle Hodgson dans sa 31°

observation. « Dans le trajet de la grande saphène, dit-il, un peu au-dessous du genou, l'on voyait une varice aussi grosse qu'un œuf de pigeon ; et il y en avait une autre à la partie moyenne de la cuisse. Elles se vidaient pendant quelque temps lorsque le malade prenait une position horizontale, mais plus tard elles devinrent dures et incapables de se désemplir (*Trad.* de M. Breschet).

Ces citations sont les seules que je puisse faire, car il ne faut pas rapporter aux tumeurs dont je parle celles que Richter a appelées varices fausses et Celse anévrysme veineux, et qui ne sont que des ecchymoses circonscrites produites par la rupture d'une veine. On ne peut y rapporter non plus les tumeurs variqueuses de Monteggia : celles qu'il désigne sous ce nom sont les tumeurs érectiles formées surtout de vaisseaux veineux. (Monteggia, *Institutioni chirurgice*, vol. 1).

Les dilatations latérales de la saphène que j'observai sur les deux derniers malades dont j'ai rapporté l'histoire furent traités par l'introduction d'une épingle passée simplement à travers la masse sanguine. Cette épingle, assujettie par la suture entortillée, fut maintenue en place huit jours dans l'un et l'autre cas. Le sang commença à se coaguler dès le deuxième jour ; au huitième la tumeur était devenue dure, et un mois environ plus tard, après avoir diminué graduellement en prenant une consistance de plus en plus grande, elle était réduite à un noyau dur ayant à peine le volume d'une noisette. Chez le premier malade, qui avait deux de ces tumeurs, celle du genou fut seule opérée ; sa guérison et celle des varices de la saphène qui fut traversée elle-même par cinq épingles, entraînèrent celle de la tumeur variqueuse placée au pli de l'aine. Cette dernière fut réduite à un noyau du volume d'une noisette presque aussi promptement que celle qui avait été traversée par une épingle. Je n'ai pu m'assurer dans ce cas de la durée de la guérison ; mais quant au second malade affecté de tumeurs variqueuses, je l'ai revu dix-huit mois après son traitement, et bien que la saphène se fût dilatée de nouveau, la tumeur latérale qu'elle présentait près du genou s'était maintenue parfaitement guérie ; celle-ci était si complétement dissipée qu'on n'en apercevait plus aucune trace (Voyez la IVe observation). D'après ces faits, je crois pouvoir conclure que si l'on trouve de ces dilatations qui n'occupent qu'un des côtés des veines, on peut aisément les connaître et les traiter avec toute chance de succès par le simple passage d'une épingle à travers la tumeur variqueuse. L'inflammation déterminée par ce corps étranger coagule le sang, la sérosité de celui-ci se résorbe peu à peu, et comme dans un anévrysme à travers lequel le cours du sang est interrompu, il se réduit à un caillot qui peut finir par disparaître.

Je n'ai pas besoin de montrer combien ce traitement est supérieur à celui que j'employai sur le premier malade à qui j'enlevai la tumeur qu'il portait à la cuisse, dans l'idée que c'était un kyste qui comprimait la saphène, le signe que j'indique sur la facilité de diminuer la tumeur par la compression, de faire passer le sang qui la remplit dans le tronc veineux sur les côtés duquel elle est placée montre comment on peut éviter l'erreur dans laquelle je tombai alors.

De l'ondulation du sang déterminée par la percussion sur les veines variqueuses. — Un des caractères des varices sur lequel je crois devoir appeler l'attention, est la possibilité, lorsque la veine est largement dilatée, de faire refluer le sang vers son origine et sa terminaison, lorsque l'on percute sur une partie de sa longueur. Ce reflux en sens contraire de la direction que les valvules impriment au sang dans l'état normal, prouve que celles-ci ont cessé de remplir leurs fonctions, soit que la dilatation ne permette plus à leur bord libre d'atteindre l'axe de son canal, soit aussi qu'elles aient été dédoublées pendant l'allongement et la dilatation que subissait la veine ; ou se soient épaissies comme le reste des parois veineuses. Quoi qu'il en soit de ces causes qui m'ont paru réunies dans les dissections que j'ai faites, le reflux qui est la conséquence de la perte d'action qu'elles entraînent dans les valvules est important à connaître et doit être soigneusement exploré pour juger de la difficulté que peut présenter la guérison des varices, et surtout pour s'assurer, lorsque les épingles sont placées, si elles l'ont été convenablement : car si elles compriment bien les faces opposées de la veine, l'ondulation du sang qui avant l'introduction des épingles franchissait la place qu'elles occupent, s'y arrête et ne va point au delà. Ce signe doit aussi être exploré à la fin du traitement. On juge si le mouvement que la percussion imprime au sang s'arrête ou non aux parties que l'on a cherché à oblitérer, et dès lors, si les moyens qu'on a employés sont suffisants, ou s'il est nécessaire d'y recourir de nouveau.

§ 1. *Du traitement des varices par les épingles seules.*

Plusieurs chirurgiens, et entre autres MM. Davat, Velpeau et Jobert, ont fait connaître, le premier dans un mémoire publié à part, et les deux autres dans le Bulletin de thérapeutique, les résultats qu'ils avaient obtenus dans le traitement des varices par l'emploi des épingles seules. Leurs observations ont démontré la possibilité du succès ; mais ils n'ont pas spécifié les cas où la méthode échoue nécessairement, et, lorsqu'elle réussit, jusqu'à quel point la guérison est durable. Ils n'ont pas insisté non plus

sur les principes fondamentaux qui doivent présider au traitement des varices par les épingles : ce sont ces lacunes que je m'efforcerai de remplir.

Dans le traitement des varices, il faut oblitérer les veines dilatées dans plusieurs points séparés les uns des autres par de courts intervalles.

Dès le moment où je commençai à appliquer les épingles au traitement des varices (1834), je fus conduit par mes réflexions à établir ce principe, que la cure radicale des varices ne peut être obtenue qu'autant que la veine est oblitérée de distance en distance, et, par conséquent, que l'on répète plusieurs fois sur le trajet du vaisseau l'application des moyens qui doivent en faire adhérer les parois. Soit que d'autres chirurgiens aient été conduits à ce principe par leurs propres recherches, soit que des élèves aient fait connaître les développements que j'avais présentés sur ce sujet dans mes leçons, ce principe est généralement appliqué aujourd'hui, et tous ceux qui emploient les épingles ne se contentent plus, comme M. Davat le faisait dans les commencements, d'en appliquer une seule, ils en piquent toujours plusieurs. Toutefois, comme le principe, dont cette conduite n'est que l'application, est de la plus haute importance dans le traitement des varices, je crois devoir présenter quelques réflexions qui en feront sentir toute la justesse.

Il est incontestable que lorsque la saphène interne est oblitérée dans un point, à la partie inférieure de la cuisse par exemple, la colonne de sang qui pèse sur les parois des veines de la jambe est diminuée de toute la hauteur de la cuisse, et que la force qui distend leurs parois étant aussi affaiblie, elles peuvent revenir sur elles-mêmes : les observations de MM. Richerand, Béclard et de M. Davat, tendent même à prouver que dans quelques circonstances, la coagulation se prolonge du point oblitéré jusqu'aux radicules veineuses, et que la cure radicale est la conséquence éloignée de l'imperméabilité du vaisseau dans une seule partie de son cours. Mais le plus souvent les communications faciles qui existent entre la saphène interne et la saphène externe, entre les parties jambière et fémorale de la première de ces veines, entre les vaisseaux profonds et superficiels, permettent à la circulation de continuer au-dessous de l'oblitération, empêchent la coagulation du sang et par suite la cure radicale des varices. Plusieurs observations empruntées aux auteurs peuvent servir à démontrer cette vérité.

J.-L. Petit (*Traité des maladies chirurgicales*, t. II, p. 45) parle des varices dans lesquelles se formait une coagulation spontanée, et qui loin de diminuer sous l'influence de cette oblitération partielle, augmentaient dans les parties déjà malades, et s'étendaient dans des ramifications qui ne l'étaient pas.

La 31ᵉ observation de Hogdson est celle d'un malade dont les varices des jambes et du pied augmentèrent à la suite de l'oblitération spontanée de la saphène.

Sir Everard Home rapporte un cas dans lequel la même augmentation succéda à la ligature du tronc principal.

J'ai vu à l'Hôtel-Dieu de Lyon un malade dont Dupuytren avait cherché à guérir les varices en incisant la veine saphène interne, à la partie moyenne de la cuisse, dans l'étendue de deux pouces et demi. La veine était parfaitement oblitérée, mais au-dessous de l'oblitération les veines avaient à peine diminué de volume. Je fus obligé de l'opérer par les épingles trois ans après l'opération que lui avait faite Dupuytren. Je reviendrai sur l'histoire de ce malade (IIᵉ Observ.).

Enfin, celui auquel j'enlevai une tumeur variqueuse ainsi qu'une portion de la saphène interne n'éprouva aucune amélioration dans les varices de ses jambes, bien que l'oblitération du vaisseau eût dû être la conséquence de cette opération.

Par opposition à ces cas d'insuccès, lorsque la veine dilatée n'avait été oblitérée que dans un point, j'exposerai les faits suivants :

Dans le seul cas de guérison bien constatée que rapporte Hogdson, on fit, à quatre jours d'intervalle, quatre ligatures sur les divisions de la veine variqueuse.

Celse, qui appliquait le cautère actuel à diverses reprises sur le trajet des veines dilatées, avait dû être conduit à l'emploi répété de ce moyen par cette observation, que la guérison n'avait pas lieu si l'on se contentait d'une seule application, et qu'elle était permanente dans le cas contraire.

Enfin, toutes les observations que j'ai faites sur l'oblitération des veines, soit par les épingles, soit par la potasse caustique, n'ont fait que me confirmer dans cette idée que les veines dilatées doivent être oblitérées dans plusieurs points : j'ai toujours vu que la coagulation du sang et le resserrement de la veine ne se faisait que dans le voisinage des points oblitérés, que les divisions veineuses éloignées de celles que l'opération avait rendues presque imperméables au sang, restaient presque aussi dilatées qu'avant l'opération, et se tuméfiaient par la marche et tous les exercices violents (IIᵉ *et* IVᵉ *observation*).

Convaincu de ces vérités dès le commencement de mes recherches sur les varices, j'ai toujours multiplié autant que je l'ai pu les points d'oblitération, plaçant de quatre à dix épingles sur le même malade, les unes sur le trajet de la saphène interne, à trois ou quatre pouces de distance, et les autres à l'embouchure ou sur le trajet des divisions principales qui venaient y aboutir.

Procédés suivis en plaçant les épingles. — On peut placer les épingles sur les veines variqueuses suivant trois procédés, celui de M. Davat, celui de

M. Velpeau, et celui de M. Fricke, de Hambourg.

Le procédé de M. Davat consiste à plonger l'épingle sur la partie moyenne de la veine qu'on veut oblitérer, à la traverser de part en part de la face superficielle à la face profonde, et de nouveau de la face profonde à la face superficielle. Lorsque la pointe de l'épingle est ressortie, on la fixe au moyen d'un fil disposé comme dans la suture entortillée, et on la maintient en place jusqu'à ce que les parois de la veine, rapprochées l'une de l'autre dans les points où elles ont été divisées, se soient enflammées et aient contracté une adhérence immédiate. Si l'on se sert, comme je l'ai toujours fait, d'épingles ordinaires, il est assez facile d'exécuter ce procédé lorsque la partie que l'on veut traverser suit une direction oblique à l'axe du membre, ce que l'on observe assez souvent à la jambe où les veines dilatées suivent une direction flexueuse. Dans ce cas, après avoir percé la veine de part en part, on abaisse la tête de l'épingle, on la pousse de deux à trois lignes derrière le vaisseau, que l'on perce ensuite sans difficulté de sa face profonde à sa face superficielle. Lorsque le vaisseau est dirigé parallèlement au membre, comme il l'est ordinairement à la cuisse, on ne peut faire exécuter à l'épingle des mouvements convenables qu'autant qu'on la dirige obliquement, et alors il peut se faire qu'après l'avoir traversée une première fois, on ne la pique pas une seconde, ou que l'on passe simplement derrière, ce qui sans doute m'est arrivé plus d'une fois. Je conçois qu'on puisse éviter cette manière de faire, qui n'est, au reste, que celle conseillée par MM. Fricke et Velpeau, en passant d'abord une aiguille droite perpendiculairement à l'axe de la veine et derrière elle, soulevant celle-ci et la traversant ensuite deux fois parallèlement à son axe, de sa face superficielle à sa profonde, et de sa face profonde à sa face superficielle, avec une aiguille courbe que l'on fait passer derrière l'épingle droite, qui est retirée ensuite et qui n'avait été introduite que comme guide. Ce n'est qu'en agissant ainsi qu'on suit le procédé de M. Davat dans tous les détails. Sa complication m'avait empêché de le suivre : je le regrette aujourd'hui ; mes observations auraient plus de valeur qu'elles n'en ont pour juger jusqu'à quel point les épingles peuvent déterminer des oblitérations durables ; mais je dois faire remarquer que, comme le plus souvent j'ai opéré sur des parties de veines obliques à l'axe du membre, j'ai exécuté le procédé dans ce qu'il a de fondamental, la perforation des veines deux fois de part en part, et le rapprochement de leurs parois dans les parties piquées.

Le procédé de M. Velpeau consiste à passer l'épingle transversalement au-dessous de la veine dont on ne blesse point les parois, et à la maintenir fixée par un fil disposé comme dans la suture entortillée.

M. Fricke se contente de faire traverser à l'épingle la cavité de la veine, où il la laisse comme un séton métallique destiné à produire une inflammation adhésive.

J'ai cherché, comme je l'ai dit, à suivre autant qu'il m'était possible, le procédé de M. Davat, bien qu'il soit le plus compliqué et le plus difficile à exécuter : il me semblait plus propre que tous les autres à assurer une oblitération permanente. En faisant passer l'épingle à travers la veine comme le conseille M. Fricke, on ne produit que de l'inflammation ; en la plaçant derrière la veine et la fixant par la suture entortillée à la manière de M. Velpeau, l'inflammation et la compression ; en suivant le procédé de M. Davat, l'inflammation, la compression et le contact des parois de la veine dans les points que les épingles ont divisés.

L'importance de cette dernière condition, c'est-à-dire le rapprochement des membranes veineuses, après leur avoir fait éprouver une légère solution de continuité, est regardée par M. Davat comme très-importante. Suivant lui, lorsqu'on se borne à comprimer par sa surface externe non piquée, comme le fait M. Velpeau, on produit seulement la coagulation du sang et l'épaississement des parois, cause d'une oblitération qui peut ne pas être durable. Il a disséqué la veine jugulaire de trois chiens qu'il avait opérés suivant le procédé de M. Velpeau ; les épingles passées au-dessous de ces veines et maintenues en place par une suture entortillée, avaient été retirées une fois le onzième jour et deux fois le neuvième. Dans le premier cas, la veine était épaissie dans l'étendue d'un pouce, un cylindre fibrineux en occupait toute la cavité rétrécie mais non oblitérée. Dans les deux autres, le cours du sang s'était rétabli, les parois de la veine étaient simplement augmentées d'épaisseur.

A ces expériences, qui démontrent que les veines comprimées par une épingle s'oblitèrent par la coagulation du sang, l'épaississement des parois, et que cette oblitération peut n'être que temporaire, il en oppose d'autres sur les changements produits dans les veines par le séjour des aiguilles qui traversent et rapprochent les membranes au point où elles ont été piquées. Ces expériences démontreraient que l'oblitération dépend alors d'une adhésion immédiate, et qu'à la manière des cicatrices, elle est durable et ne se dissipe point avec les produits de l'inflammation.

Temps pendant lequel j'ai laissé les épingles en place. — Je n'ai jamais attendu, pour enlever les épingles, que la suppuration fût établie : lorsque la tuméfaction rouge qui se manifeste autour de chacune d'elles commençait à se montrer, et que le malade éprouvait des douleurs, je coupais le fil qui passe sur la peau en allant de la tête à la pointe de l'épingle et j'enlevais celle-ci dès que la tuméfaction et la

rougeur étaient très-sensibles, et la souffrance assez vive pour troubler le sommeil. Le temps nécessaire pour le développement des symptômes inflammatoires qui me servaient de guide, a varié de 3 à 15 jours. Cette différence m'a paru dépendre 1° de l'âge: la marche de l'inflammation est plus vive chez les personnes jeunes que chez les vieillards où elle ne se développe qu'avec une extrême lenteur; 2° du lieu où les épingles sont placées: celles que l'on met près des malléoles, où le nerf saphène, plus divisé, peut être plus facilement atteint, m'ont paru produire plus de douleur et une inflammation plus prompte. Mais il arrive quelquefois qu'une épingle placée dans une partie quelconque de la jambe, fait éprouver une vive souffrance ou détermine une prompte inflammation sans qu'il en soit de même de celles qui l'avoisinent. Cet effet dépend peut être de quelque nerf qui est soulevé par l'épingle et comprimé par le fil. 3° L'une des causes qui influent le plus sur la promptitude avec laquelle l'inflammation se développe est le genre de vie que mènent les malades. Ceux qui pendant les deux ou trois premiers jours se privent de nourriture ou ne mangent que des soupes légères, qui ne se lèvent point pendant toute la durée du traitement, peuvent, quoique jeunes et forts, attendre jusqu'au douzième jour du traitement sans qu'il y ait de tuméfaction distincte, et qu'il se soit manifesté d'autres symptômes que quelques élancements qui se font sentir dans les parties piquées, surtout les premiers jours de l'opération.

Chez un seul malade, ayant négligé d'enlever une épingle qui lui faisait éprouver de très-vives douleurs et avait produit dès le quatrième jour un gonflement égal en surface à une pièce de 20 sous, je vis se développer une inflammation très-vive dans la moitié supérieure de la jambe: ce fut un phlegmon véritable qui fit éprouver de vives douleurs pendant neuf jours, et dont je ne prévins la suppuration que par de nombreuses applications de sangsues, et par des incisions faites de bonne heure sur les parties les plus vivement enflammées.

Cet exemple ne fit que m'engager à suivre la conduite prudente que j'avais adoptée en enlevant les épingles sans attendre l'inflammation suppurative, et en apprenant par les journaux ou par les récits des élèves que des phlébites mortelles étaient survenues chez des malades opérés par MM. Velpeau, Lallemand et Serres. Je n'ai fait que me confirmer dans mon idée.

Il me semble donc qu'en multipliant les applications d'épingles sur tout le trajet des veines dilatées, sans laisser entre elles plus de 3 ou 4 pouces; en suivant autant que possible le procédé de M. Davat et laissant en place les épingles jusqu'à ce qu'un gonflement rouge autour de chacune d'elles annonçât le développement de l'inflammation adhésive, j'ai pris toutes les précautions avouées par la prudence, celles qui pouvaient assurer le succès de l'opération, et que si je n'ai pas obtenu des résultats durables, il faut l'attribuer plutôt à l'impuissance de la méthode qu'aux procédés que j'ai suivis.

Résultats obtenus en traitant les varices par les épingles seules.—J'ai traité 16 malades par cette méthode: il me serait facile de citer successivement l'observation de tous; je ne le ferai point, dans le but d'éviter des détails fastidieux, et je me contenterai d'exposer d'une manière générale les résultats que j'ai obtenus. On trouvera cependant dans la deuxième et la troisième section de ce mémoire l'observation détaillée de deux malades que j'avais traités une première fois par les épingles seules, et auxquels j'appliquai plus tard de la potasse caustique sur le trajet des veines.

Pour exposer avec précision les résultats obtenus sur les 16 malades que j'ai traités par les épingles seules, je diviserai ces malades en trois séries caractérisées par les conditions anatomiques dans lesquelles se trouvaient les veines variqueuses.

Dans la première, je rangerai les malades affectés de varices simples sans ulcération des veines, sans œdème, et dont les vaisseaux dilatés pouvaient être aisément suivis dans leur cours à la vue et au toucher;

Dans une seconde, les malades dont les veines dilatées étaient repliées tant de fois sur elles-mêmes qu'il était impossible de distinguer leur trajet, et qu'elles formaient, suivant la comparaison de J. L. Petit, des replis semblables à ceux des intestins;

Dans la troisième, ceux dont les varices étaient accompagnées d'œdème et dont les veines dilatées se perdaient dans une grande quantité de graisse.— Ces conditions peuvent être séparées; elles étaient réunies sur deux femmes que j'ai opérées.

Les malades qui appartiennent à la première série sont au nombre de 11: deux avaient passé l'âge de 65 ans et étaient affaiblis, la guérison ne fut pas même chez eux momentanée, le sang ne se coagula pas dans les intervalles des épingles, et avant même que les malades fussent sortis de l'hôpital, *l'oblitération*, dont j'avais constaté l'existence par l'arrêt de l'ondulation du sang même après l'arrachement des épingles, était complétement détruite. Ces faits ne doivent point étonner: dans l'âge avancé le sang ne tend pas à se coaguler, les adhérences à se produire, et il est sans aucun doute qu'il ne faut pas essayer de guérir les varices des malades qui ont dépassé 60 ans, et qui n'ont pas conservé une vigueur plus qu'ordinaire. La physiologie et l'expérience font prévoir dans ces cas un insuccès complet.

Les 9 autres malades placés dans la première série avaient tous (un seul excepté, VIIIe observation) moins de 54 ans: ils sortirent de l'hôpital parfaitement guéris: le sang était coagulé dans tout le tra-

jet des veines variqueuses, celles-ci diminuées de volume, et la marche, une promenade même de plusieurs heures ne suffisait plus pour faire enfler leurs veines. Malheureusement ces succès cliniques, si je puis dire ainsi, se démentirent plus tard. Sur ces 9 malades j'en revis 5 : chez deux d'entre eux les veines commencèrent à se tuméfier et à redevenir perméables au sang aussitôt qu'ils reprirent leurs travaux ; chez deux autres, deux à trois mois après, et chez le 5e (IIIe observation) six mois après sa sortie de l'hôpital. A tous il fallut encore un ou deux mois pour que la dilatation toujours croissante redevînt ce qu'elle était avant l'opération.

Les malades placés dans la seconde série, c'est à dire ceux dont les veines étaient tant de fois repliées sur elles-mêmes, qu'il était impossible d'en suivre le cours, éprouvèrent tous une amélioration très-notable et sortirent de l'hôpital à peu près guéris. Quelques divisions veineuses se tuméfiaient seulement par la marche. Je revis l'un deux quinze mois après sa guérison, c'était celui dont j'ai parlé plus haut, à qui Dupuytren avait fait l'incision de la saphène à la partie moyenne de la cuisse. Le tronc de la saphène interne et ses divisions étaient redevenus aussi gros qu'avant l'emploi des épingles (l'observation détaillée est rapportée plus haut). Quant aux deux autres malades qui avaient des veines très-volumineuses, perdues dans une grande quantité de graisse et répandues en grand nombre sur toute la jambe et tout le dos du pied, affectant par conséquent les deux saphènes, bien que j'eusse fixé sur l'un douze épingles et sur l'autre quatorze, que je ne les eusse retirées que du onzième au quinzième jour, je n'obtins pas même une amélioration momentanée : l'un de ces malades avait 60 ans et l'autre 42.

Ainsi je n'ai pas même obtenu un succès momentané chez les malades d'un âge très-avancé et déjà débilités. J'ai éprouvé le même insuccès chez deux malades dont les veines très-nombreuses se perdaient dans la graisse et s'accompagnaient d'un œdème après une marche ou une station prolongée.

Des douze malades que j'avais considérés comme guéris au sortir de l'hôpital, les six que j'ai revus ont éprouvé une récidive après un temps plus ou moins long : parmi eux se trouvaient ceux dont les veines s'étaient le plus vivement enflammées et dont la guérison me semblait la plus complète. Il est donc probable que la récidive que j'ai observée chez ceux que j'ai revus s'est montrée aussi chez les autres. A quoi tiennent ces retours ? Comment les veines qui étaient fermées ont-elles pu devenir libres ? C'est là une question qu'il importe de résoudre. Je ne me la suis posée que depuis que les récidives ont eu lieu : avant que l'observation m'en eût démontré l'existence, je ne les avais pas crues possibles.

Comment des veines oblitérées peuvent-elles devenir perméables au sang. Les phlébites oblitèrent les veines, 1° par l'infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire qui les entoure et dans l'épaisseur et à la surface de leurs tuniques propres ; 2° par la sécrétion de matière organisable dans les mêmes parties ; 3° par la coagulation du sang.

Quand toutes ces causes se trouvent réunies la circulation est interrompue dans la veine enflammée ; mais les changements qui succèdent à la cessation du phénomène inflammatoire font comprendre sans peine comment la circulation peut se rétablir.

La sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire et les parois des veines se résorbe, le volume de celles-ci et la pression exercée sur elles venant à diminuer, la cavité qu'elles circonscrivent s'agrandit nécessairement, la matière organisable passe à l'état de tissu fibreux, et par cette transformation se réduit à un volume qui est à celui qu'elle avait d'abord, ce qu'est une cicatrice aux fongosités qui l'ont précédée. Cette nouvelle cause de diminution de parois des veines et de la compression exercée sur elle, agit avec plus de lenteur que l'absorption de la sérosité, mais n'en est pas moins réelle.

Lors même que ces deux changements s'effectueraient seuls ils contribueraient assez à la dilatation des veines pour qu'il se formât un intervalle entre elles et le caillot.

Ce caillot lui-même diminue chaque jour par l'absorption de la sérosité qui lui donne particulièrement son volume. Il se réduit à sa fibrine, qui n'en est pas même la centième partie, et dès lors l'espace qui existait par d'autres causes entre lui et les parois des veines s'agrandit assez pour que la circulation reprenne librement son cours. Cet effet pourrait être prévenu sans doute, si les parois revenaient sur elles-mêmes, à mesure que le caillot diminue de volume ; mais dans un tissu fibreux peu rétractile comme celui dans lequel une veine variqueuse est convertie, ce resserrement ne tend point à se faire : si bien que dans les cas où les épingles n'ont oblitéré la veine que par l'inflammation de ses parois et la coagulation du sang, loin de s'étonner que l'oblitération ne soit pas permanente, il faudrait au contraire s'étonner qu'elle fût durable.

M. Davat, tout en admettant ces idées, assure que par sa méthode on produit une inflammation qui fait adhérer les parois opposées de la veine par du tissu fibreux, et que cette adhérence est indestructible, comme le prouvent ses expériences sur les veines des chiens. Mais il importe de faire une observation qui explique pourquoi l'oblitération par adhérence obtenue sur les chiens, ne peut l'être, ou du moins nécessite une très-vive inflammation dans les veines variqueuses : celles-ci n'ont plus leur texture normale ; elles sont converties en tissu fibreux,

et comme ce tissu, leurs parois ont peu de tendance à sécréter la matière organisable, et par suite à adhérer entre elles; les phénomènes inflammatoires se passent plutôt dans le tissu cellulaire encore sain qui les entoure, que dans leur épaisseur. Ce sont ces considérations qui expliquent clairement cette absence d'adhésion et ces oblitérations momentanées qui, au premier aperçu, pouvaient sembler si étranges.

§II. VARICES TRAITÉES PAR LA POTASSE CAUSTIQUE COMBINÉE AVEC LES ÉPINGLES.

L'idée d'employer la potasse caustique dans le traitement des varices m'a été donnée par M. Gensoul. Cet opérateur, à qui la chirurgie de notre hôpital doit une partie de son illustration, ayant observé des malades affectés d'ulcères variqueux, chez lesquels des applications de potasse faites dans le but d'établir une suppuration artificielle, avaient atteint les saphènes, produit leur oblitération et guéri consécutivement les dilatations dont elles étaient affectées, fut conduit par ce succès inattendu à mettre la potasse en usage dans le but arrêté de guérir les varices. Il l'emploie seulement dans celles qui s'ouvrent et donnent naissance à des hémorrhagies : un seul morceau de potasse est placé sur le trajet de la veine malade, un peu au-dessus de l'ulcération; et pour que son action s'étende jusqu'à la veine M. Gensoul le choisit plus volumineux que ceux dont on se sert ordinairement dans l'établissement des cautères, lui donne la forme d'un cône allongé, et le maintient appliqué sur la peau avec une bande serrée. D'après lui, cette seule application, faite dans quatre cas, a suffi pour ouvrir la veine, donner issue à quelques caillots sanguins, et l'oblitération permanente qui en a été la suite a prévenu le retour des hémorrhagies; aucune inflammation grave ne s'est manifestée.

En citant les observations de M. Gensoul sur l'application de la potasse caustique au traitement des varices, je suis loin de prétendre qu'il soit l'inventeur de ce mode de traitement. On trouve, en effet, dans Ambroise Paré (livre 13, chap. XX, p. 318) le passage suivant : « Autre moyen de couper les varices, c'est d'appliquer un cautère potentiel qui ronge et coupe la veine, puis se retire en haut et en bas. Par ce moyen, il y demeure un espace vide où après s'engendre de la chair, et puis la cicatrice qui sera dure et épaisse empêchera la fluxion en bouchant le passage de la dite veine, et, par ce moyen, la veine variqueuse sera guérie. »

Guillemeau donne le même conseil; mais il faut que ses idées et celles d'Ambroise Paré aient été bien complétement oubliées, puisque dans les auteurs modernes je ne trouve que le passage suivant, extrait des œuvres de Brodie, qui ait trait à cette question. « Il peut se trouver, dans une partie de la jambe, une varice douloureuse, sujette peut-être à l'hémorrhagie, tandis que les autres veines sont presque dans l'état naturel ou du moins ne produisent aucun malaise particulier. Dans quelques-uns de ces cas j'ai appliqué dernièrement la potasse caustique de manière à perforer la peau et la veine située au-dessous, et je ne trouvai dans l'avantage que le malade retira de la guérison de sa varice qu'une compensation imparfaite pour la douleur que le caustique lui causa, et l'inconvénient de la lente guérison d'un ulcère qui lui resta après la séparation de l'eschare. »

Les passages que je viens de citer, tout en montrant que plusieurs auteurs ont appliqué la potasse caustique au traitement des varices, ne tracent point les règles d'après lesquelles cette application doit être faite. Ce sont ces règles que je vais examiner avant tout : celles que je propose ont été suivies dans le traitement des malades dont je rapporterai plus loin l'histoire.

PREMIÈRE PROPOSITION. — *Dans le traitement des varices par la potasse, il faut appliquer plusieurs morceaux de ce caustique sur le trajet de la veine dilatée, et à la distance de 3 ou 4 pouces les uns des autres.*

Cette proposition n'est que la reproduction de celle que j'ai longuement développée en traitant de l'application des épingles au traitement des varices; elle n'a pas besoin d'être prouvée de nouveau. Les observations détaillées que l'on trouvera plus loin lui donneront au reste la plus complète évidence. (*Voyez les observations.*)

DEUXIÈME PROPOSITION. — *La potasse caustique ne peut être appliquée sur les veines que dans les points où celles-ci correspondent à des muscles.*

Chacun sait avec quelle difficulté se cicatrisent les ulcères situés sur le pied et la moitié inférieure de la jambe, avec quelle facilité ils se rouvrent lorsqu'ils ont été cicatrisés, et l'on comprend dès lors quel soin l'on doit avoir d'éviter toute application de potasse caustique au-dessous du mollet, où les veines touchent de si près les os. Les seules parties où on puisse la placer sont la moitié supérieure de la jambe et la moitié inférieure de la cuisse. (Il est évidemment inutile d'en appliquer plus haut.) Celles que j'ai choisies de préférence sont : 1° à la cuisse, la hauteur du lieu d'élection pour les cautères ordinaires : je dis la hauteur, car si l'on veut que la potasse porte sur la veine, il faut la placer un peu plus en arrière qu'on a coutume de le faire; 2° à la

jambe, la hauteur également du lieu d'élection pour les cautères; 3° la partie moyenne de la cuisse ou la partie moyenne de la jambe, si trois applications deviennent nécessaires. Dans tous ces cas, je suppose que la saphène interne est seule affectée.

TROISIÈME PROPOSITION. — *Il faut appliquer au moins deux fois de la potasse caustique dans le même point pour arriver jusqu'à la veine.*

Ce conseil suppose d'abord qu'il est nécessaire pour oblitérer les veines, de les atteindre et de les ouvrir avec la potasse caustique. L'observation de tous les malades que j'ai traités m'a convaincu de cette vérité : à la suite de la première application, qui ne détruit que la peau et un peu de tissu cellulaire, jamais l'ondulation du sang n'a cessé dans les veines, jamais elles ne se sont converties en cordon dur et imperméable au sang. Ce n'est qu'après leur ouverture qu'elles ont éprouvé ces changements.

Or, s'il est nécessaire de pénétrer jusqu'à elles, vaut-il mieux le faire en appliquant de suite un morceau volumineux de potasse caustique, ou en faisant deux applications successives, la seconde dans le centre de l'eschare produite par la première. La réponse ne sera pas douteuse, si l'on réfléchit qu'il suffit d'ouvrir la veine et de la détruire dans l'étendue de quelques lignes, et que, ce but atteint, toute autre destruction est inutile. Or, il est bien évident que si l'on fait de prime abord l'application d'un morceau de potasse caustique suffisant pour cautériser jusqu'à la veine, on aura une large eschare de la peau; tandis que si l'on place successivement dans le même point deux morceaux de potasse caustique, on creusera tout autant en profondeur sans atteindre une aussi large surface. On peut attendre trois ou quatre jours avant de placer de nouveau de la potasse caustique dans le centre de l'eschare. Pour agir surtout en profondeur, on fend en croix celle-ci à la partie moyenne, et l'on dépose la potasse dans le fond de l'incision. Après cette seconde application se manifeste la sortie du sang. Je dois prévenir que chez quelques malades, soit faute d'attention en plaçant le caustique qui n'aurait pas été mis directement sur la veine, soit faiblesse de la potasse ou profondeur trop grande du vaisseau, il est arrivé qu'après la seconde application du caustique dans le même point, il ne s'est point écoulé de sang, ce qui a prouvé que la veine n'était point ouverte, et conduit à une troisième application, qui a toujours suffi.

Ces principes m'ont dirigé dans le traitement par la potasse caustique, soit que je l'employasse seule, soit que j'y joignisse les épingles. A l'époque où je faisais usage de cette combinaison, j'appliquais au-dessus et au-dessous de chaque cautérisation une épingle que je passais sous la veine pour que celle-ci fût comprimée entre l'épingle et le fil passé comme dans la suture entortillée. Je piquais aussi au besoin quelques épingles sous les veines de la partie inférieure de la jambe, si ces veines que je craignais d'atteindre avec la potasse caustique étaient elles-mêmes dilatées. Ces règles posées sur le manuel opératoire, je passe à l'étude des résultats.

Il serait naturel de rapporter d'abord l'observation des malades traités seulement par la potasse caustique, et de parler ensuite de ceux qui ont été soumis à l'emploi combiné de la potasse et des épingles. Je commencerai toutefois par ces derniers, voulant réserver pour la fin du mémoire l'exposition de la méthode à laquelle je donne la préférence.

Je distinguerai comme dans la première série d'observations les vieillards et les adultes. En appliquant deux fois cette méthode à des hommes avancés en âge, j'ai cédé à cet entraînement que l'on éprouve toutes les fois que l'on emploie un moyen nouveau: les bornes du possible semblent tellement s'agrandir alors, que l'on tente la puissance de l'art même dans les cas où la physiologie pathologique et les expériences antérieures font présumer le moins de chances de succès.

OBS. I. — Benoît Jeannot, tourneur, âgé de 69 ans, avait depuis sept ans la veine saphène interne dilatée et plusieurs fois repliée sur elle-même, au niveau du tiers inférieur de la cuisse et des deux tiers supérieurs de la jambe. Les replis de cette veine formaient des nodosités assez volumineuses, surtout au niveau du genou. Les valvules avaient perdu assez complétement leur action pour que la pression sur une partie de la longueur du vaisseau fît refluer le sang au-dessus et au-dessous du point percuté.

Quelques jours après son entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où il était venu pour se faire traiter d'ulcères situés aux environs des malléoles, je lui piquai quatre épingles suivant le procédé de M. Velpeau, c'est-à-dire transversalement au-dessous de la veine, et en fixant l'épingle par la suture entortillée. La première de ces épingles fut placée à la partie moyenne de la cuisse, la deuxième au-dessus des condyles du fémur, la troisième au-dessus des condyles du tibia, et la quatrième à la partie moyenne de la jambe.

Les épingles ainsi placées, le malade garda le lit et ne mangea que quelques soupes; il se développa à peine un peu de douleur avant le sixième jour. A cette époque je fis placer deux morceaux de potasse caustique sur le trajet de la saphène, à la hauteur du lieu d'élection pour la cuisse et la jambe. La première application fut faite entre l'épingle supérieure et celle qui la suivait; la seconde entre les deux épingles les plus inférieures. Trois jours après, de

la potasse caustique fut de nouveau appliquée dans le centre des eschares qui avaient été faites par la première application. Cependant, malgré l'emploi simultané des épingles et de la potasse caustique, il se manifesta à peine de l'inflammation, soit parce que le malade gardait assidûment le repos, condition nécessaire pour assurer le succès, soit, comme je l'ai toujours observé lorsque je me servais seulement des épingles, que son âge ne le disposât point à une inflammation aiguë. Ce ne fut que vers le douzième jour qu'il se manifesta un peu de gonflement et de rougeur autour des épingles que je retirai du treizième au quinzième jour. Aucun écoulement de sang ne se manifesta à travers les parties cautérisées. Les eschares tombèrent du vingt-sixième au trente-deuxième jour du traitement. A partir du huitième, la veine était devenue dure dans l'intervalle des parties piquées, et l'ondulation du sang ne pouvait plus s'y faire sentir. Elle diminua de jour en jour de volume, et lorsque sept semaines après le début du traitement, le malade sortit de l'hôpital, les marches qu'il faisait depuis plusieurs jours dans les salles et dans les cours ne faisaient point tuméfier les veines, et si je n'avais su combien la guérison est difficile chez les vieillards, j'aurais pu le croire guéri. Il sortit fort content, mais lorsque je le revis cinq mois après, les veines étaient redevenues grosses et perméables au sang, et le libre passage de ce liquide s'observait non-seulement dans les points qu'avaient traversés les épingles, mais dans ceux même où la potasse caustique avait été appliquée. Evidemment elle n'avait pas pénétré assez profondément, et peut-être n'avait-elle pas atteint la veine. Pour être sûr qu'elle l'eût fait, quelques gouttes de sang auraient dû s'écouler; c'est ce qui n'eut pas lieu. Le traitement ne fut donc pas aussi complet qu'il aurait pu l'être.

Quoique chez le malade dont je viens de rapporter l'histoire l'application de la potasse caustique n'eût pas été poussée assez loin pour oblitérer la veine, et dès lors n'eût pas été faite avec les précautions qui permettent de juger de la méthode exécutée avec tout le soin convenable, j'ai rapporté son observation pour confirmer ce que j'ai dit dans la première partie de mon mémoire, 1° sur le peu de tendance qu'a l'inflammation à se développer chez les vieillards à la suite des opérations que l'on pratique sur les veines, 2° sur la possibilité du retour des varices traitées par les épingles (car c'est à ce mode de traitement que l'observation de Jeannot doit être rapportée), dans les cas où la guérison semble le mieux constatée.

Obs. II. — Prou, charpentier, employé dans les ports de mer, avait à la jambe gauche des varices qui furent traitées en 1832 par l'incision longitudinale de la saphène interne au milieu de la cuisse. Ce fut Dupuytren qui l'opéra. En 1835 ses veines variqueuses n'étant pas guéries, je les traversai par un grand nombre d'épingles. En 1836 la guérison, suite de ce dernier moyen, ne se maintenant pas, M. Gaillard de Poitiers fit la résection de la saphène dans l'étendue d'un pouce au niveau du genou; enfin, je l'opérai en 1837 par l'emploi combiné de la potasse caustique et des épingles.

L'incision que Dupuytren lui avait faite en 1832 avait ouvert longitudinalement la saphène interne vers le tiers moyen de la cuisse. La cicatrice de cette incision était longue de deux pouces et demi, elle oblitérait complétement le vaisseau. A la suite de cette opération, le malade avait éprouvé quelque soulagement dans ses varices, elles étaient devenues moins volumineuses, mais les effets de l'opération s'étaient bornés à ce simple soulagement.

Au moment où je le vis pour la première fois, au mois de mars 1835, il avait 59 ans; toutes les divisions de la saphène interne qui se répandent sur le mollet, sur la face antérieure de la jambe, étaient, près de leur embouchure, presque aussi volumineuses que la veine principale, dilatée elle-même dans toute son étendue : entrelacées les unes avec les autres, elles formaient un réseau inextricable. J'implantai au milieu d'elles six épingles, placées à des distances de deux ou trois pouces. Une seule fit éprouver une douleur un peu vive, je l'enlevai le cinquième jour; les autres furent retirées le huitième. A cette époque, l'oblitération des veines fut complète dans le lieu que les épingles avaient occupées, mais dans les espaces compris entre celles-ci, le sang restait encore fluide : en cherchant à le déplacer par la percussion, on le voyait bien arrêté par les adhérences, cependant des vaisseaux non oblitérés paraissaient toujours lui ouvrir une issue. Vers le onzième jour, le malade s'étant levé, l'augmentation de volume que produisaient dans les veines la station et la progression fut bien moindre qu'avant l'opération, mais cependant très-marquée encore. Le seizième jour, voyant que le sang restait toujours liquide dans l'intervalle des parties oblitérées, j'y plongeai quatre épingles, que je retirai neuf jours après, c'est-à-dire le 25e jour du traitement : les adhérences s'étant bien accomplies, la coagulation commençait à devenir manifeste. Elle parut complète au 30e jour. Cependant la marche déterminait une légère augmentation de volume dans les veines variqueuses, et quand je revis le malade douze jours après sa sortie de l'hôpital, bien que la tuméfaction produite par l'exercice fût peu considérable, que l'on sentît une masse dure à la place occupée par les veines, la jambe malade augmentait toujours un peu de volume.

Prou quitta Lyon dans cet état (juin 1835), fit de longs voyages, la marche ne le faisant point souffrir,

et ses veines se gonflant moins que jamais. L'augmentation de volume qu'elles reprirent l'obligèrent cependant à entrer, en novembre 1836, à l'hôpital de Poitiers, où M. Gaillard lui fit la résection complète de la saphène un peu au-dessus de l'articulation du genou. La cicatrice de l'incision faite pour découvrir la veine est restée de 12 à 15 lignes.

Cette résection comme l'incision de Dupuytren fut suivie d'une oblitération complète et permanente dans le lieu où elle fut faite, mais à part une diminution légère et momentanée, les varices de la jambe restèrent ce qu'elles étaient. Au mois d'avril 1837, le malade revint à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Excepté l'oblitération complète de la saphène dans la cuisse, il était dans le même état qu'avant la première opération que je lui avais faite deux ans et demi auparavant, il avait plus de 61 ans.

Je commençais seulement alors à combiner la potasse caustique et les épingles, et craignant qu'elles ne produisissent trop d'irritation placées simultanément, je mis d'abord les épingles, voulant attendre qu'elles fussent sorties pour appliquer la potasse caustique. Deux épingles furent placées sur le trajet de la veine saphène interne, l'une au-dessus et l'autre en bas du mollet; je ne les retirai que le douzième jour, car depuis mes premiers essais j'avais été encouragé à prolonger leur séjour. Cependant, l'ondulation imprimée au sang me fit bien reconnaître une oblitération au lieu où les épingles avaient été placées, mais dans leur intervalle le sang était liquide. Le quinzième jour, entre les deux premières épingles, et à égale distance de l'une et de l'autre, j'en plaçai une troisième sur le vaisseau, et le seizième jour un cautère fut appliqué dans chacun des deux espaces que les épingles laissaient entre elles. J'avais mis aussi le quinzième jour une épingle sur les veines du mollet qui étaient très-dilatées. A l'époque où ces applications furent faites, les érysipèles régnaient d'une manière épidémique, il en survint un vers le 25e jour du traitement. Les ulcérations produites par la potasse caustique s'agrandirent, ce qui m'empêcha d'en appliquer de nouveau. Vers le milieu de la cinquième semaine, l'érysipèle fut guéri. Peu de jours après le malade commença à marcher, les veines étaient revenues sur elles-mêmes, on pouvait les sentir à peine dans les deux tiers supérieurs de la jambe; au tiers inférieur elles étaient seulement diminuées de volume; tant il est vrai, comme je l'ai plusieurs fois observé, que l'oblitération d'une veine variqueuse dans une partie de son étendue n'entraîne pas l'oblitération dans les autres, et qu'il faut porter le moyen adhésif sur toutes les parties dilatées. Peut-être ici la guérison eût-elle été complète, si l'on eût passé quelques épingles sous les veines des malléoles et des pieds. Quoi qu'il en soit, ce malade, soumis à tant et à de si rudes épreuves pour la guérison de ses varices, n'était jamais arrivé à une amélioration aussi complète. A la fin du second mois qu'il passa à l'hôpital, il se promena du matin au soir, et les veines du pied et du bas de la jambe se tuméfiaient seules, quoique bien moins qu'avant la première opération; les autres étaient parfaitement oblitérées. Je ne l'ai pas revu depuis son départ.

L'observation de ces deux malades ne peut servir qu'incomplétement à juger les effets de l'emploi combiné de la potasse et des épingles, parce que dans aucun cas l'action de la potasse n'a déterminé l'ouverture des veines. Remarquez toutefois que, tandis que par les épingles seules je n'avais pu obtenir même une guérison momentanée chez deux vieillards, l'un de 63, et l'autre de 65 ans, dont les observations sont rapportées dans la première partie du mémoire, j'ai obtenu une telle amélioration par l'emploi combiné de la potasse caustique et des épingles, que Prou, qui était âgé de 61 ans, a été guéri aussi complétement qu'il pouvait l'être en bornant les applications au mollet, et que Jeannot, âgé de 69 ans, est sorti avec toutes les apparences d'une guérison complète, qui sans doute ne s'est démentie plus tard que parce que la potasse n'avait pas atteint les veines dont elle aurait dans ce cas opéré la destruction et l'oblitération définitive.

C'est un principe que l'on ne peut trop répéter, savoir que pour juger de la valeur d'une méthode comparée à une autre, il ne faut pas compter simplement le nombre des malades traités et guéris par l'une et l'autre de ces méthodes. Un calcul ainsi fait en masse ne tient pas compte des difficultés plus grandes que l'on a pu rencontrer dans certaines circonstances. Il faut nécessairement établir la comparaison entre des cas analogues, et dans l'espèce, toutes choses égales d'ailleurs, entre les varices des vieillards traités par la combinaison de la potasse et des épingles et celles d'autres vieillards traités seulement par les épingles : c'est à ce point de vue que l'avantage reste à la première de ces méthodes.

Les quatre autres malades dont il me reste à parler et qui furent traités par l'emploi combiné de la potasse caustique et des épingles n'avaient point un âge aussi avancé. Le résultat que j'obtins sur eux fut plus satisfaisant. Après m'être assuré par les observations précédentes et d'autres qui vont suivre de l'absence complète d'hémorrhagie, lorsqu'on avait soin de réunir l'emploi des épingles à la potasse caustique, je voulus rechercher de nouveau si je ne m'étais point exagéré le danger de cette hémorrhagie.

Obs. III.—Un jeune homme de 29 ans portait depuis deux ans des varices très-volumineuses et qui deux fois s'étaient rompues. Ces varices occupaient le tronc de la saphène, ses divisions principales à la

moitié inférieure de la cuisse et aux deux tiers supérieurs de la jambe. C'est là que, repliées sur elles-mêmes, elles formaient une tumeur qui s'était rompue et avait donné du sang. J'appliquai sur le tronc de la saphène deux morceaux de potasse caustique, un à la jambe et l'autre à la cuisse, à la hauteur du lieu d'élection pour le placement des cautères. Il n'y eut point d'inflammation douloureuse pendant huit jours : au bout de ce temps, je fis mettre de nouveau de la potasse caustique dans le centre des eschares. Neuf jours après cette dernière application, le dix-septième jour du traitement, le malade ayant frotté, me dit-on, le centre des eschares avec la pointe d'une épingle, se leva ensuite pour aller à la chaise : il se manifesta alors une hémorrhagie tellement abondante à travers l'eschare de la jambe, que le sang coulait comme dans une forte saignée. Heureusement il fut arrêté de suite par la compression et la position horizontale. Mais quelques heures après, soit pour prévenir le retour de l'hémorrhagie, soit pour étendre davantage l'oblitération, je piquai trois épingles sur le trajet de la saphène, l'une à un pouce au-dessus de l'eschare la plus supérieure, l'autre à la même distance, au-dessous de l'eschare la plus inférieure, et la dernière entre l'une et l'autre. Ces épingles ne furent retirées que treize jours après avoir été mises : elles n'avaient produit aucune inflammation vive ; la coagulation du sang, qui avait commencé même avant leur application, se fit avec plus de rapidité encore. Le malade sortit cinq semaines après le début du traitement. Je l'ai revu quatre mois plus tard : sa guérison s'était parfaitement maintenue, ses veines ne formaient point de relief au-dessous de la peau, même après un travail prolongé, et rien n'eût fait présumer qu'il eût jamais eu des varices.

Les trois autres malades que j'ai opérés par l'emploi combiné de la potasse et des épingles, le furent avec les précautions indiquées en traitant de la méthode en général. Sur deux d'entre eux, je ne mis que deux morceaux de potasse caustique : chez un autre j'en mis trois. Chaque morceau de potasse caustique fut placé entre deux épingles et son application répétée deux fois dans le même lieu. A part un phlegmon qui fut aisément borné, il n'y eut aucun accident particulier chez tous ces malades. L'un d'eux était âgé de 26 ans, l'autre de 55 et le troisième de 45 ans; ils sortirent tous guéris; mais comme je ne les ai revus ni les uns ni les autres, je crois inutile de rappeler leurs observations avec détail. L'expérience m'a appris à ne pas croire mes observations finies lorsque les malades sortent de l'hôpital.

La seconde série de mes observations sur les varices est donc restée incomplète en ce sens que je n'ai pu observer pendant un temps assez long les malades qui ont été soumis à l'emploi combiné de la potasse et des épingles. J'ai rapporté toutefois ces observations, soit parce que quelques-unes, comme les deux premières, servaient de démonstration à quelques idées que j'ai avancées dans la première partie de mon mémoire sur la difficulté de guérir les varices des vieillards, et sur l'inutilité de n'oblitérer les veines variqueuses que dans un seul point, soit parce que toutes peuvent être ajoutées à celles que je citerai plus tard pour démontrer l'innocuité de la potasse caustique, lors même qu'elle est appliquée sur le trajet des veines et qu'elle pénètre jusqu'à leur cavité.

(*La suite au prochain n°.*)

ARCHIVES DE MÉDECINE. — Mai 1839.

HOPITAUX ALLEMANDS.

M. DOHLHOFF.

Extirpation de l'ovaire.

Première observation. — Marie Bock, âgée de vingt-trois ans, est entrée à l'hôpital de Magdebourg le 21 septembre 1836, pour être traitée d'une tumeur au bas-ventre. Elle s'était bien portée jusqu'à la Pentecôte de 1832. A cette époque elle a été saisie de fièvre tierce, dont elle a été traitée et guérie. Ses règles ont cessé de couler depuis, et la femme a commencé à s'apercevoir de l'existence d'une tumeur au-dessous des fausses côtes du côté gauche; cette tumeur était dure, circonscrite, indolente; la malade n'en était autrement incommodée que par le volume. Le mal a augmenté graduellement, et a acquis le développement d'une matrice grosse.

Par la suite, la grosseur a occasionné des phénomènes de compression sur le rectum et la vessie : la femme pourtant continuait à être bien portante.

A son entrée à l'hôpital on mesure le ventre de la malade; il est très-saillant à l'ombilic ; sa circonférence est de 4 pieds 5 pouces ; sa hauteur, mesurée de la fosse épigastrique à l'ombilic est de 13 pouces, et de l'ombilic à la symphyse pubienne, 11 pouces et demi. Le palper y fait sentir généralement une fluctuation très-manifeste; et l'on peut aussi distinguer deux autres tumeurs dures et inégales ; une vers la région de la rate, l'autre du côté du foie. Le toucher par le vagin et par l'anus ne fait reconnaître rien de particulier, et le col utérin paraît à l'état normal. Des doutes ont été élevés sur le diagnostic; les uns croyaient à une hypertrophie de la rate et du foie, déterminée par la fièvre précédente; hypertrophie à laquelle se serait jointe une ascite consécutive; d'autres, à des tumeurs cystiques en dedans ou en dehors

du péritoine, et quelques autres à une grossesse.

Cette dernière opinion était surtout basée sur l'absence des règles et la bonne santé générale de la femme. Tout le monde, néanmoins, s'accordait à reconnaître la présence d'une hydropisie et la nécessité de pratiquer une ponction.

Il restait donc à déterminer les moyens de remplir cette dernière indication; le bistouri a été préféré, afin d'éviter de blesser avec le trois-quarts des parties qu'on voulait ménager. Cela a été pratiqué le 27 septembre. Une incision de la longueur de 2 pouces a été pratiquée au côté gauche de l'ombilic. Aussitôt que le péritoine a été ouvert, il s'est écoulé une quantité considérable d'un fluide noirâtre. On a reconnu de suite dans le ventre l'existence d'un second sac séreux et fluctuant. Un trois-quarts y a été plongé, qui a donné issue à un second fluide dense et brunâtre. Avant de retirer l'instrument, le chirurgien a saisi avec une pince le sac séreux, qu'il a approché de l'ouverture extérieure de l'abdomen, et arraché petit à petit par des tractions répétées. Cette dernière manœuvre n'a point été difficile, attendu le peu d'adhérence de la poche séreuse. Son pédicule cependant a dû être excisé avec des ciseaux, et l'on s'est bientôt aperçu que le sac en question n'était autre que l'ovaire correspondant. Deux grosses artères du volume d'une plume de corbeau ont dû être liées. La femme n'a perdu que 8 onces de sang en tout; elle s'est néanmoins affaissée, et a cessé de vivre le lendemain.

Le sac en question pesait 8 livres et demie étant vide, et 47 livres 5 onces à l'état de plénitude.

A l'autopsie, on a trouvé le péritoine fort épaissi sur quelques points, très-rouge sur d'autres, et généralement couvert de lymphe plastique. Les intestins y adhèrent sur quelques endroits. Au-dessous de la plaie, les intestins sont couverts d'une pseudo-membrane brunâtre de l'épaisseur d'une ligne. L'épiploon est généralement épaissi et de couleur brune. La trompe gauche de la matrice est nettement coupée; la surface de cette incision offre un pouce de longueur et trois lignes de largeur. L'utérus et l'ovaire droits sont sains; cette dernière adhère pourtant fortement contre le bassin. Les glandes mésentériques sont dégénérées en tumeurs athéromateuses du volume d'une noisette.

— Il est évident, dit l'auteur, que la malade est morte, non des suites de l'opération, mais de la phlogose préexistante; phlogose sourde, qui avait été méconnue durant la vie, et qui n'aurait pas manqué d'enlever la malade. Il considère, comme on le voit, pour peu de chose la douleur des manœuvres exercées dans le ventre pour l'enlèvement du kyste. Nous croyons cependant que tous les praticiens ne partageront pas son avis.

Deuxième observation. Emilie Rottcher, de faible constitution, âgée de vingt-sept ans, bien réglée depuis l'âge de 17 ans, n'ayant jamais fait d'enfants, a essuyé, il y a trois ans, une forte contusion à l'épigastre. Dès cette époque elle s'est plaint de douleurs intenses vers la matrice et à l'aine gauche. Ces douleurs étaient d'abord intermittentes, puis continues; enfin elles étaient devenues tellement insupportables que cette femme ne pouvait se tenir debout. Plus tard, une tumeur s'est déclarée vers l'hypogastre, laquelle est allée en augmentant; elle offrait le volume d'un utérus gros de neuf mois.

Cette tumeur avait précisément pris naissance à l'aine gauche et s'était petit à petit répandue dans tout le ventre; elle était douloureuse au toucher, et lorsque la malade se couchait sur un côté elle sentait la masse morbide tomber vers le même flanc. Cette circonstance a fait présumer que le mal n'avait pas d'adhérences. Plusieurs remèdes résolutifs ayant été essayés sans succès, M. Dohlhoff a pratiqué l'opération le 21 octobre, de la manière suivante :

Il a ouvert la cavité péritonéale en incisant sur la ligne blanche comme dans l'opération césarienne. Les vaisseaux du péritoine et de l'épiploon étaient fort développés; la substance épiploïque était remplie de petites tumeurs du volume de haricots, de même que la membrane péritonéale. La tumeur abdominale ayant été mise à découvert, a été reconnue pour un kyste de l'ovaire; elle était dure, résistante et très-adhérente aux parties environnantes. Ces conditions ont empêché l'opérateur de continuer sa dissection; il a donc fermé la plaie selon les règles de l'art. La malade est morte huit heures après.

A l'autopsie on a trouvé un kyste énorme, remplissant toute la cavité péritonéale et ayant contracté des adhérences avec les parois ventrales, la vessie, l'utérus et les deux ovaires; de manière qu'il a été impossible de reconnaître quel avait été le lieu primitif de la naissance de la tumeur.

— Quel que soit le jugement que les praticiens porteront sur l'entreprise de M. Dohlhoff, ces faits, bien que malheureux, ne manquent pas d'offrir un véritable intérêt, ne fût-ce que sous le rapport du danger de ce mode de traitement. Il importe de faire noter en attendant l'illusion du diagnostic relativement à la mobilité de la tumeur et la cause présumée de la naissance de la maladie. Il s'agissait, comme on vient de voir, d'un kyste organisé en dehors des ovaires par suite d'une contusion, et d'une véritable hydropisie de ce dernier organe.

Troisième observation. — Le 12 novembre 1835, une femme âgée de vingt-trois ans a été reçue à l'hôpital de Magdebourg pour être traitée d'un abcès au genou gauche. Durant ce traitement elle est saisie de fièvre intermittente qui résiste au sulfate de quinine et à l'opium, et qui cède enfin à la *tinctura chinoidini*. En attendant, la malade est saisie de ré-

tention urinaire qui exige l'usage répété de la sonde; l'urine est trouble, puriforme. Ensuite la femme se plaint de douleurs vives à l'hypogastre ; une tumeur se manifeste dans cette région, laquelle fait des progrès ; on l'attribue à une grossesse. Les douleurs deviennent plus fréquentes. A la rétention urinaire se joint l'impossibilité d'aller à la garde-robe. On prescrit des purgatifs drastiques sans résultat. La tumeur a fait des progrès incessants, et enfin on a cru reconnaître qu'on avait affaire à un kyste.

M. Dohlhoff s'est décidé à l'opération d'après le conseil des autres chirurgiens de l'hôpital ; il a ouvert le ventre, comme dans le cas précédent, en présence des chirurgiens consultants et d'un grand nombre d'autres personnes, praticiens et élèves. Mais quel a été le désappointement général lorsqu'à l'ouverture du péritoine la main de l'opérateur a cherché en vain la tumeur que tout le monde avait cru reconnaître auparavant ! Il n'y avait point de tumeur, et le développement du ventre tenait évidemment à d'autres circonstances (gaz intestinaux). Le chirurgien s'est hâté de fermer la plaie et de mettre la malade à un traitement antiphlogistique.

Heureusement la réaction n'a point été très-vive, et la plaie s'est cicatrisée ; mais chose remarquable, la difficulté d'uriner et d'aller à la garde-robe s'est dissipée sur-le-champ, et cette amélioration a duré pendant plusieurs semaines. Les mêmes symptômes ont reparu un mois après la cicatrisation de la plaie. L'usage cependant de la compression abdominale, d'un séton à l'hypogastre et de la teinture *antimiasmatica Koechlini* a plus tard amélioré l'état de la malade. (*Rust's Magazin für die gesammte Heilkunde*. 51 *Band*. 1 *Heft*. 1838.)

— Ce qui rend surtout remarquable l'observation précédente, est l'erreur du diagnostic et l'ensemble des symptômes trompeurs déterminés par des gaz intestinaux. Il est bien rare de voir la tympanite en question s'accompagner de ces sortes de spasmes de la vessie et du rectum, et il est plus rare encore de trouver des opérateurs aussi décidés que le chirurgien de Magdebourg dans l'emploi du bistouri, contre une maladie que l'état actuel de la science prescrit de traiter autrement. On doit cependant lui savoir gré de la franchise avec laquelle il fait connaître ses erreurs au profit de la science, bien qu'il laisse d'ailleurs à désirer beaucoup de détails essentiels sur les faits.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — Mai 1839.

Leçon de M. GIACOMINI *sur les remèdes dits hypersthénisants céphaliques, et en particulier l'opium.*

Le système cérébro-spinal est un composé de plusieurs organes. Il comprend le cerveau, le cervelet, la moelle allongée, la moelle épinière, les nerfs des sens externes, et ceux des mouvements volontaires. Le cerveau lui-même comprend aussi plusieurs organes distincts, bien que par leur liaison intime ils ne forment qu'un tout. Il en est de même du cervelet, de la moelle allongée, et de la moelle épinière. On n'ignore pas, par exemple, que cette dernière se compose de parties essentiellement distinctes sous le rapport fonctionnel ; que sa portion postérieure exerce des offices différents de l'antérieure, et que ses portions supérieure, moyenne et inférieure, remplissent des fonctions diverses.

La pluralité des organes qui composent ce système doit déjà faire présumer que les remèdes peuvent exercer leur action élective sur tel organe plutôt que sur tel autre de l'encéphale ou de la moelle épinière. Cela a lieu effectivement, mais je n'ai pas cru, pour le moment, que les faits connus étaient suffisants pour établir des subdivisions des médicaments hypersthénisants sous ce point de vue. Aussi, me suis-je contenté de m'arrêter à la double action générale dont j'ai parlé (encéphale, moelle épinière). Ajoutons cependant quelques autres considérations.

Nous avons déjà démontré ailleurs que le système cérébro-spinal n'est pas le centre de la vie végétative, et que ses fonctions ne sont pas indispensables à cette vie.

Nous avons vu que tous les êtres organisés ne sont pas pourvus de ce système, et que ceux qui en sont pourvus n'éprouvent pas son influence dans toutes les parties de leur corps. Ce système préside aux mouvements libres volontaires; ces mouvements offrent essentiellement une interruption d'action ou de repos. Les sensations reçues par les organes des sens sont transmises à la partie postérieure de la moelle épinière ou allongée et de là à l'encéphale. Les actes de volition sont autant d'incitations ou d'impulsions qui retentissent dans le cervelet, d'où ils se transmettent à la portion antérieure de la moelle allongée et aux nerfs de l'axe spinal, et se rendent à tels ou tels muscles que la volonté veut mettre en action. Aux deux séries d'actions confiées au système en question, savoir : les sensations et les volitions, répondent deux séries de nerfs. La première a sa source dans les corps extérieurs, ou plutôt dans les nerfs des sens qui en reçoivent les impressions et se terminent à la partie postérieure de la moelle épinière, de la moelle allongée et du cerveau. La seconde émane du cerveau lui-même, se transmet au cervelet, à la moelle allongée, à la moelle épinière et aux nerfs moteurs. L'anatomie est parfaitement d'accord avec cette manière de voir. Les nerfs, en effet, de la première catégorie ont leur commencement à la surface du corps, sous forme d'expansions, de pulpe, de papilles et de cônes con-

vergents, et se rendent au centre céphalo-spinal postérieur; ceux de la seconde catégorie, au contraire, émanent du centre céphalo-spinal antérieur et, sous forme de cônes convergents ou de rameaux, se terminent aux fibres musculaires.

En conséquence, tout le système dont il s'agit doit être divisé en deux familles: l'une sert d'instrument matériel aux sens et aux opérations de l'intelligence; elle résulte des nerfs des sens et de la portion postérieure de la moelle épinière, de la moelle allongée et du cerveau; l'autre sert d'instrument matériel aux actes volontaires et est constituée par le cervelet, la partie antérieure de la moelle allongée et spinale et les nerfs moteurs.

Les remèdes hypersthénisants portent leur effet, les uns sur la première catégorie des nerfs ou sur l'appareil sensitif, les autres sur la seconde, ou sur l'appareil moteur. Les premiers, nous les appellerons hypersthénisants céphaliques; car tous les sens, à l'exception d'un seul, se rapportent à l'encéphale. On conçoit cependant, d'après ce que nous venons de dire, qu'en modifiant l'état de l'encéphale, ces remèdes exercent en même temps une action sur la partie postérieure de la moelle allongée et spinale. Les seconds, nous les nommerons hypersthénisants spinaux; car l'altération de la motilité qu'ils occasionnent se rapporte plutôt au tronc qu'à la tête. On comprend néanmoins par les mêmes raisons qu'ils exercent en même temps un certain effet sur la partie antérieure de la moelle épinière, de la moelle allongée et du cervelet.

Arrêtons-nous à l'étude de l'opium.

L'opium est, comme on sait, un suc épaissi, extrait du papaver somniferum, plante de la classe polyandria, Linn., indigène des pays chauds. Cette plante est cultivée en Asie, dans de grandes étendues de terrain. On en extrait le suc par trois procédés différents. On pratique dans les capsules vertes et succulentes de légères incisions avec un instrument à cinq pointes. Il s'en écoule un suc lactescent qui s'épaissit et brunit à la superficie de la capsule. Ce suc est ensuite détaché à l'aide d'un instrument approprié, et conservé sous le nom d'opium en larmes: c'est la meilleure qualité, elle arrive rarement jusqu'à nous.

Le second procédé consiste à exprimer le suc des capsules bien mûres sans les inciser. Ce suc est épaissi au soleil et forme des espèces de placentas du poids d'une à deux livres; on les couvre de feuilles de la même plante ou bien de feuilles de tabac. Cette qualité d'opium est connue dans le commerce sous le nom d'opium de Thèbes, parce qu'on en préparait beaucoup dans cette ville. Dans le troisième procédé enfin, on pile les capsules déjà soumises aux deux opérations précédentes; on y ajoute les tiges et les feuilles de la même plante; on fait bouillir le tout dans une certaine quantité d'eau, et l'on réduit la décoction à consistance d'extrait: c'est l'opium de dernière qualité, qu'on appelle méconium.

L'opium thébaïque est celui qui jouit du plus de crédit dans le commerce. C'est celui qu'on emploie communément en médecine.

Dubuc, pharmacien à Rouen, a essayé d'obtenir l'opium du pavot d'Europe. Le même essai avait été fait en Italie longtemps avant Dubuc, par Sangiorgio père et par d'autres; mais cet opium n'a pu, jusqu'à présent, obtenir la confiance des médecins.

En conséquence, tout ce que nous dirons sur cette matière se rapportera à l'opium thébaïque.

C'est une substance gommo-résineuse, de couleur rouge obscur, offrant un certain reflet dans les cassures; de consistance médiocre, qui se ramollit entre les doigts, fracturable sous l'action du marteau; d'une odeur forte, pénétrante, stupéfiante, désagréable; de saveur amère et nauséabonde, âcre et chaude; elle brûle avec une flamme vive et beaucoup de fumée; soluble dans l'eau et l'alcool; colore ces liquides d'une teinte uniforme. Ces caractères sont importants à retenir afin de reconnaître dans le commerce l'opium orthodoxe de l'opium falsifié.

Il n'y a pas de substance végétale qui ait occupé davantage les chimistes que l'opium. Nous possédons une infinité d'analyses sur cette substance; mais en connaissons-nous encore exactement tous les éléments? Je ne le pense pas, car on en découvre continuellement de nouveaux, et l'on en conteste quelques-uns des anciens. Les principes qu'on admet généralement de nos jours dans l'opium sont au nombre de douze:

1° La narcotine; 2° la morphine; 3° l'acide méconique; 4° la méconine; 5° la narcéine; 6° l'acide brun, ou matière extractive; 7° une résine particulière; 8° une huile grasse; 9° du caoutchouc; 10° de la gomme; 11° de la bassorine; 12° des fibres ligneuses.

Parmi ces principes, la narcéine a été récemment découverte par M. Pelletier.

L'opium a été soumis à de nombreuses expériences sur des animaux, depuis l'antiquité. Ne pouvant les reproduire toutes, nous nous arrêterons aux plus récentes, principalement à celles de M. Flourens. Cet auteur expérimenta l'opium sur des poules, des pigeons, des oies, des cochons-d'Inde, des lapins, etc. Il observa que, donné à petites doses, ces animaux tombaient dans un état d'assoupissement après quinze à vingt minutes. Cet assoupissement était léger et interrompu d'abord, puis de plus en plus fort, et enfin tellement profond, que ni les bruits ni la lumière ne suffisaient à les réveiller; il fallait des irritations vives et immédiates pour les tirer quelques instants de la stupeur. Ils ne donnaient aucun signe de sensibilité ni de conscience

de leur état, mais ils conservaient leur équilibre; car repoussés et mis debout, ils marchaient; et les volatiles, jetés en l'air, déployaient leurs ailes et volaient; mais aussitôt abandonnés à eux-mêmes, ils redevenaient immobiles et tombaient de nouveau dans un sommeil profond. A plus forte dose, l'assoupissement était plus prononcé, plus profond, et non interrompu; les animaux perdaient l'équilibre, éprouvaient de fortes convulsions répétées, et enfin la mort.

A l'autopsie, M. Flourens a trouvé les lobes cérébraux rouges et gorgés de sang; l'injection sanguine s'étendait jusque dans les plus petites molécules de la masse de cet organe. Les autres parties de l'encéphale, les tubercules quadrijumeaux, le cervelet, la moelle allongée, n'offraient aucune altération ni de changement dans la couleur.

Les résultats des expériences de M. Flourens sont parfaitement conformes à ceux qu'avaient obtenus d'autres expérimentateurs : tels que Alston, Witt, Monro, Lorry, Sprügel. Tous ces auteurs ont déduit cette conclusion, que l'opium affaisse et anéantit la sensibilité. Nysten et Wilson ont aussi fait des expériences intéressantes sur l'opium; ils se sont efforcés de démontrer que quel que soit le mode d'administration de l'opium, il s'introduit toujours dans le sang; cela se comprend aisément, d'après ce que nous avons dit précédemment. Ils ont soutenu, en outre, que l'opium agissait plus particulièrement sur le cœur. Un autre auteur, Wirtenschn, prétend aussi que l'opium agit sur le cœur, mais en affaiblissant la fibre de ce viscère; néanmoins, ajoute-t-il, il augmente le mouvement du sang. Corminati, au contraire, soutient avec plus de raison que l'opium augmente la force du cœur et le mouvement du sang.

Les occasions pour connaître les effets de l'opium chez l'homme sain sont très-fréquentes, des nations entières se servent de cette substance comme moyen d'excitation habituelle. On sait que les mahométans, auxquels le Koran défend de boire du vin, s'enivrent à l'aide de l'opium. Si la quantité qu'ils prennent est modérée, ils éprouvent une excitation générale proportionnée, la chaleur animale augmente, le visage s'enflamme, les facultés cérébrales s'exaltent, les sens s'aiguisent, les muscles acquièrent de la vigueur, de l'agitation. Par ce moyen les musulmans s'excitent avant de livrer bataille ou de se livrer à des actes de courage. Pour peu cependant que la dose soit excessive, ils tombent aussitôt après l'excitation dans une sorte de collapsus musculaire, les sens deviennent obtus, les facultés cérébrales entrent dans une sorte de délire voluptueux, dans un rêve sans sommeil, dans une véritable extase. En augmentant davantage la dose de l'opium, le délire se convertit en fureur, ou bien en assoupissement profond, en *coma*, avec immobilité, ou bien des convulsions se déclarent, puis le tétanos avec roideur extrême, enfin l'apoplexie.

Ces effets varient chez les Turcs selon la dose, selon l'âge, le tempérament des sujets et autres circonstances. Voici comment Sangiorgio s'exprime à l'égard des effets qu'il a observés lui-même en Orient dans une société de Turcs qui s'étaient enivrés avec l'opium. Douze Turcs étaient assis à un divan : après dîner on a bu le café, puis on a pris l'opium. Bientôt les effets de cette substance se sont déclarés; les uns, parmi les jeunes ont paru plus gais et plus vifs que de coutume; ils se sont mis à chanter et à rire, mais d'un rire forcé, presque sardonique; ils sont cependant restés tranquilles. Les autres, parmi les jeunes aussi, se sont levés avec fureur du canapé, ont tiré leurs sabres et se sont mis en garde, en les roulant violemment sans pourtant se blesser ni blesser personne; les gardes sont accourus; ils se sont laissé désarmer paisiblement et ont continué à crier horriblement toute l'après-dînée. D'autres enfin, qui étaient âgés, au lieu d'être excités, sont tombés dans la stupidité et la somnolence.

L'un, parmi eux, qui était embassadeur, homme septuagénaire, est resté immobile et insensible à tous ces cris et au roulement des sabres; il n'a pas plus bougé que s'il eût été de marbre; ses yeux étaient entr'ouverts; il voyait, sentait, mais il était devenu tout à fait incapable de se mouvoir. Dans le reste de la soirée il était encore somnolent, ivre et très-faible.

Nous possédons une foule d'autres faits authentiques rapportés par différents auteurs, et qui s'accordent parfaitement avec le précédent.

Les phénomènes en apparence contradictoires que plusieurs de ces faits présentent, tiennent aux doses diverses du médicament et aux différentes conditions de l'organisme.

Jœger et plusieurs autres ont observé que toutes les fois que l'opium était donné par petites doses répétées, il produisait une sorte de sentiment de légèreté dans tout le corps, comme si l'on se sentait capable de se tenir en équilibre en l'air et *de voler*; plus, une sorte de gaieté folle, d'acuité de l'intelligence, d'énergie dans le système musculaire, et d'augmentation dans la chaleur. En continuant les petites doses, d'autres phénomènes se déclarent, tels que la sécheresse du gosier, la soif, la coloration rouge de la peau, de la sueur; le ventre se constipe, la quantité des urines diminue et ce liquide se colore en rouge.

Si l'on en augmente par degrés les doses, les effets ci-dessus se prononcent de plus en plus et changent les apparences phénoménales. A l'hilarité et à la clairvoyance succèdent des vertiges et le délire de l'ivresse. L'exaltation de la force musculaire se

change en inquiétude, en agitation presque automatique, incertaine, mais toujours vigoureuse. Le délire peut même aller jusqu'à la fureur, et les mouvements devenir tout à fait involontaires. Le pouls va toujours en croissant en force et en fréquence : on l'a vu en peu d'heures s'élever de trente pulsations par minute. Haller a observé sur lui-même le pouls s'élever de 75 à 100 à la suite d'un lavement opiacé, Tralles et plusieurs autres ont fait la même remarque. Durant l'espèce de fièvre que produit l'opium, la sécrétion de l'urine se suspend, la peau devient sèche et brûlante. Si les doses restent en certaines limites, il survient tôt ou tard de la somnolence, de la pesanteur à la tête, de la stupeur dans les membres. Après que l'action de l'opium est finie, il reste toujours de la lassitude générale et un certain degré de stupidité pendant quelque temps, ou bien une sorte d'insomnie fort incommode.

Si, au contraire, les doses sont de plus en plus élevées, ou bien, si la quantité est très-forte dès le commencement, l'assoupissement et l'immobilité se déclarent de suite, conjointement à des nausées, des vomissements, dysphagie, dyspnée; puis des convulsions, trismus, tétanos, asphyxie, apoplexie. Alors le pouls se ralentit; quelquefois il devient intermittent ou même il disparaît. Pâleur mortelle, taches ecchymosiques à la peau, sueurs froides, déjections involontaires, phénomènes qui ne se déclarent qu'à l'approche de la mort, ainsi que l'ont noté Waldschmidt, Murray et d'autres.

Les recherches cadavériques ont offert toutes les apparences externes de l'apoplexie ou de suffocation, telles que le gonflement inflammatoire, coloration bleue du visage, yeux saillants et injectés, ecchymoses à la peau, chaleur durable après la mort et flexibilité des membres. A l'ouverture du crâne, on trouve constamment les vaisseaux du cerveau et des méninges gorgés de sang; de la sérosité existe quelquefois abondamment sur la pie-mère; les poumons gorgés de sang rouge, enflammés; voies gastriques phlogosées. Le cœur et les grosses artères sont rouges à leur face interne et contiennent du sang coagulé; les veines sont vides.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — Mai 1839.

VARIÉTÉS.

—

Recherches sur les fonctions du cervelet; par le docteur FISHER, de Boston.

Les faits suivants, s'ils ont été bien observés, et s'ils ont toute l'authenticité qu'on peut désirer, ce dont nous n'avons aucun motif de douter, augmenteront le nombre encore bien restreint des cas où l'on a observé quelques troubles des fonctions génératrices coïncidant avec une lésion ou un vice de conformation du cervelet.

OBS. I.—D., âgé de 35 ans, arriva jusqu'à l'âge de la puberté sans rien présenter d'extraordinaire, sinon que les deux testicules n'avaient pas paru, ce qui avait fait dire au docteur Warren que probablement cet enfant serait eunuque. Après l'âge de la puberté, sa voix ne changea pas de ton, et elle resta toujours efféminée; il aimait beaucoup la musique et chantait avec goût; à 25 ans, cependant, sa voix devint grave, et il ne put plus chanter avec les femmes. Il n'avait pas de barbe, et ne parut jamais rechercher la société des femmes, ni éprouver aucun sentiment d'amour pour elles; il était triste et timide avec elles. A 21 ans, il se livra aux plaisirs de la table avec ardeur; mais on ne lui connut point de relation avec les femmes.

Dans ses mouvements, il n'y avait rien qui indiquât qu'il eût quelque faiblesse congéniale et en ce qui concerne les rapports avec les femmes, il était comme sont tous les autres hommes. Depuis deux ans, cependant, il allait en s'affaiblissant, quand il fut pris d'une pneumonie qui devint promptement mortelle, et pendant les derniers jours de laquelle seulement il fut vu par M. Fisher.

A l'autopsie, on trouva, outre les lésions propres à la pneumonie, et qu'il serait hors de propos de rapporter ici, une stature au-dessus du commun; le corps bien développé et dans de bonnes proportions; les membres ronds et gras; la peau jaune partout; la face lisse et sans la plus légère apparence de favoris ni de barbe. Il n'y a sur la peau du pubis et du scrotum qu'un petit nombre de poils rares. Le penis petit, ressemble à celui d'un enfant de 10 à 12 ans. Le scrotum, très-contracté, ne présente aucune trace de testicules. En examinant le pénis avec soin, on trouve le prépuce très-serré autour du gland, qu'il couvre de manière à faire croire qu'il n'aurait jamais été rétracté, et ce ne fut qu'avec peine qu'on fit passer le gland par son ouverture étroite. Mis à nu, il parut très-petit et en pointe. Toutes les parties de l'organe ressemblaient parfaitement à celles d'un enfant qui ne serait pas encore arrivé à l'âge de la puberté.

Le scrotum était flasque et ne contenait pas de testicules. Une incision pratiquée depuis l'anneau inguinal jusqu'au bas du scrotum permet de constater que la peau, le dartos et la tunique vaginale sont à l'état normal; mais on ne trouve ni testicule ni aucun corps glanduleux dans le scrotum. On reconnaît à la partie supérieure de la tunique vaginale gauche le cordon spermatique qui pénètre dans sa cavité de la longueur d'environ un demi-pouce et s'y termine

subitement par un point semi-lunaire. Le muscle crémaster s'étend au delà du cordon par de nombreuses petites fibres qui se répandent sur la tunique vaginale. Le cordon lui-même est beaucoup plus petit qu'il ne l'est ordinairement chez l'adulte. Le canal déférent est bien formé et a presque son volume normal, et il se termine par un cul-de-sac au bout du cordon.

Les artères et les veines sont excessivement pâles, difficiles même à distinguer. Le côté droit du scrotum et le cordon spermatique du même côté ne diffèrent du côté gauche qu'en ce que ce dernier s'étendait jusqu'au fond du scrotum et se relevait ensuite d'un quart de pouce. Poursuivis dans l'abdomen, ils ne présentaient rien de notable.

Une circonstance a empêché d'examiner les vésicules séminales, et dès lors il est impossible de dire si elles existaient ou si elles n'existaient pas; mais, d'après l'état dans lequel était le canal déférent, il est probable qu'elles existaient, et qu'on aurait pu les trouver.

La tête était forte; le cerveau à l'état normal et d'un fort volume; mais la proportion relative du cerveau et du cervelet était loin de celle qu'on observe à l'état normal; tout l'encéphale, y compris le cerveau et le cervelet, pesait, le lendemain de l'autopsie, cinquante et une onces et demie ou trois livres trois onces et demie. Le cerveau seul pesait quarante-sept onces, et le cervelet seul quatre onces et demie. Le poids du cervelet était donc à celui du cerveau à peu près comme 1 : 10 1/2. Or, d'après Meckel et quelques autres, le poids moyen du cerveau et du cervelet réunis est de trois livres, et le poids du cervelet est à celui du cerveau ce que un est à sept ou à huit.

Le cervelet qui, chez ce sujet, présentait quatre pouces dans son diamètre transverse, deux pouces et demi dans son diamètre antéro-postérieur, et un pouce et demi d'épaisseur, a, en moyenne, d'après Meckel et les autres anatomistes, quatre pouces dans son diamètre transverse, deux pouces et demi dans son diamètre antéro-postérieur, et deux pouces et demi d'épaisseur. Le cervelet du sujet avait donc un tiers de moins en étendue et en poids que celui de l'adulte mâle. Il avait exactement le même poids que celui d'une petite fille de six ans qui mourut et fut ouverte en même temps.

La coïncidence de l'imparfait développement du cervelet avec l'absence naturelle et complète des désirs sexuels si remarquable chez ce sujet est-elle favorable à la doctrine qui établit un rapport fonctionnel entre le cervelet et les organes de la génération, démontre-t-elle que le cerveau est le siége de l'instinct de la reproduction? L'auteur de l'article n'en doute pas; pour nous, nous ne trouvons pas un rapport assez frappant entre une aussi petite déviation de la moyenne ordinaire du volume et du poids du cervelet et de l'absence complète des organes importants de la génération pour admettre cette induction; car nous pensons que le poids d'un organe peut être de deux dixièmes au-dessous de la moyenne, et cependant cet organe fonctionner encore; toutefois nous avons rapporté le fait avec tous les détails relatifs à la question fonctionnelle dont nous parlons et passons à une autre observation, laissant au lecteur le soin d'en tirer lui-même les conclusions qui lui sembleront les plus rationnelles.

Violent coup reçu sur l'occiput et sur la partie supérieure de la tête, suivi de l'immobilité de la tête, de l'insensibilité du bras droit, de l'abolition des désirs vénériens et d'une aberration de la perception visuelle.

Obs. II. — T. B., âgé de 41 ans, se trouvait, le 29 juin 1836, sur l'un des deux trains des waggons qui se rencontrèrent sur le chemin de fer entre Boston et la Providence; ayant vu faire une manœuvre qui devait arrêter la marche du train sur lequel il se trouvait, il voulut mettre la tête hors de la portière pour connaître la cause de ce mouvement. Ce fut à ce moment que les deux trains vinrent en collision avec une violence effroyable qui brisa tous les chars et lança à une plus ou moins grande distance la plupart des passagers dont un grand nombre furent grièvement blessés. La tête et le cou de M. B. frappèrent fortement sur le châssis de la voiture, et il fut lancé à quelque distance où il resta dans un état complet d'insensibilité. Il recouvra cependant connaissance, et fut porté chez lui; au bout d'une heure, M. Fisher le trouva ne pouvant faire le moindre mouvement et se plaignant d'une vive douleur dans la région occipitale et à la partie supérieure du col. Il y avait sur ces parties un peu de gonflement, mais aucun signe de fracture ni de luxation des vertèbres. Il fut soumis à un traitement antiphlogistique actif et éprouva une lente amélioration.

Au bout de quinze jours, il put quitter le lit, mais en marchant il croyait toujours voir près de lui les objets qui en étaient éloignés; les rues lui semblaient d'une longueur interminable, et quand il conversait avec quelqu'un près de lui, il lui semblait être beaucoup plus grand que cette personne et être obligé de la regarder d'en haut, et cependant tous les objets conservaient pour lui leur couleur, leur forme et leurs proportions naturelles.

Entre la quatrième et la cinquième semaine, il découvrit qu'il avait perdu les désirs sexuels et que l'approche d'une femme ne produisait aucun sentiment chez lui. Ces symptômes qui le tourmentèrent beaucoup furent combattus par des saignées, des vésicatoires et divers autres traitements. Peu à peu

la vessie recouvra sa contractilité et l'aberration de la perception visuelle se corrigea par degrés; mais l'instinct générateur qui avait été très-prononcé chez lui restait toujours muet; les mouvements de rotation de la tête étaient toujours douloureux; le bras droit qui avait perdu la sensibilité à la suite de l'accident était à peu près dans le même état; pendant que sa mémoire, son courage et sa résolution avaient aussi considérablement diminué. Cependant tous ces accidents ont complétement disparu, et à la fin de décembre 1838 le malade avait recouvré toutes ses facultés physiques et morales.

Il serait difficile de ne pas rapporter les symptômes observés chez le sujet de la précédente observation à une lésion de l'appareil encéphalo-rachidien. Mais quelle est la partie de cet appareil qui fut spécialement lésée; est-ce le cerveau lui-même, le cervelet ou la partie supérieure de la moelle épinière? c'est ce qu'il serait impossible de déterminer, et rien ne prouve que ce soit le cervelet plutôt que toute autre partie de la masse encéphalique.

Hémiplégie; lubricité morbide; maladie du cervelet.

Obs. III.—M., âgé de 73 ans, se maria à 40 ans, et eut onze enfants. Il fut alternativement fermier et cordonnier; il était doué d'une forte constitution. Peu de temps après son mariage, il se plaignit d'étourdissements et de bruits dans la tête, qu'il a continué d'éprouver jusqu'au moment de sa mort. Il y a quatre ans, il ressentit deux ou trois matins de suite en sortant du lit une douleur très-vive, suivie d'un sentiment de craquement comme si quelque chose se fût ouvert du côté gauche de la tête; ce qui lui fit demander aux personnes qui l'entouraient si elles avaient entendu le même bruit; puis il devint sourd à gauche; les étourdissements et les douleurs devinrent quelquefois si intenses qu'il tombait en fureur.

Il y a deux ans, attaque d'hémiplégie qui s'est renouvelée deux fois depuis, mais légèrement. Depuis cette époque, il a éprouvé un priapisme morbide qui a persisté avec de légères intermissions, et a augmenté par degrés jusqu'à ces trois derniers mois; puis il diminua graduellement, en sorte que le besoin ne se reproduisait qu'une ou deux fois chaque nuit, sans pouvoir être satisfait, en raison de l'imperfection de l'érection, et pendant la dernière année il n'y eut pas d'émission du sperme. Cette propension aggrava beaucoup ses souffrances et lui ôta tout agrément. Ce besoin, qui, quelques annés avant l'attaque d'hémiplégie, avait presque complétement disparu, se faisait sentir plusieurs fois la nuit et le jour, et était à peine diminué par les fréquentes tentatives qu'il faisait pour le satisfaire. Dans la dernière année, il fut dans un état d'imbécillité presque complet, et il mourut en septembre 1838, après avoir été pendant plusieurs jours dans un état de stupeur.

A l'autopsie, le cerveau était à peu près à l'état normal. Quant au cervelet, son lobe droit avait son volume ordinaire, et le gauche, plus petit d'un cinquième, offrait à sa face inférieure une dépression au-dessous de laquelle se trouvait une cavité qui occupait presque tout l'intérieur de ce lobe. Elle était tapissée à l'intérieur d'un tissu très-délicat qui paraissait communiquer avec la pie-mère qui pénètre entre les lames du cervelet. Cette cavité contenait probablement de la sérosité qui se sera écoulée avant l'examen. La substance du prolongement cérébelleux de ce côté était jaunâtre, plus ferme qu'à l'état normal, surtout vers la face inférieure, qui était irrégulière, et portait les traces évidentes d'une perte de substance considérable. On trouva, en outre, sur un point de ce prolongement un caillot de sang noir, du volume d'un petit grain de plomb. Le reste du cervelet était à l'état normal.

Cette observation paraît, à l'auteur, avoir plus de valeur que les deux précédentes; car nous voyons chez le sujet les désirs sexuels se reproduire sous l'influence d'une affection du cervelet, et se conserver actifs jusqu'au moment où l'organe subit une désorganisation manifeste. Nous devons cependant avouer que nous ne pouvons concevoir comment une hémorrhagie et la présence d'un caillot volumineux dans le cervelet, qui a dû être notablement comprimé, aurait excité l'activité de cet organe; car c'est le contraire qui aurait dû, il nous semble, avoir lieu dans l'hypothèse où cet organe serait la source ou le centre de l'instinct générateur.

(*The American Journal of the medical sciences.*)

De l'anatomie descriptive et chirurgicale des aponévroses et des membranes synoviales de la main, de leur application à la thérapeutique et à la médecine opératoire; par G.-E. Maslieurat-Lagémard, interne de l'Hôtel-Dieu, membre de la société anatomique, etc.

Après les descriptions qui ont été données et les recherches faites sur les aponévroses de la main, par nos chirurgiens et nos anatomistes les plus habiles, il semblera peut-être étrange à quelques-uns que je vienne aujourd'hui indiquer des détails nouveaux et relever des erreurs qui, je crois, ont été commises. Quelle que soit l'idée qu'on puisse s'en former, je me décide cependant à faire connaître le résultat auquel m'a fait parvenir un travail assidu et commencé sans aucune idée préconçue. Ce résultat a été constamment le même, malgré la multiplicité de mes dissections; et si dans quelques cas,

je l'avais vu varier, j'aurais été beaucoup plus réservé pour le faire connaître et je ne m'y serais décidé qu'après avoir entrepris une nouvelle série de recherches. Mais, je le répète, j'ai dû croire à la régularité de la disposition que bientôt je vais décrire par l'uniformité constante qu'elle m'a toujours présenté.

Mes descriptions seront faites sur le cadavre, et chacun pourra les vérifier sur la série de pièces sèches que je possède sur le sujet.

Tous les anatomistes ont indiqué des membranes synoviales, des bourses muqueuses qui enveloppent les tendons des muscles de la main et de l'avant-bras; chacun en a décrit les altérations pathologiques, au moins en partie, et aucun n'a indiqué comment elles se comportent autour de ces tendons: soit négligence, soit défaut de moyens propres à arriver au résultat qu'ils désiraient, les anatomistes de nos jours y rattachant cependant une extrême importance sous le rapport chirurgical, ne s'en sont pour ainsi dire pas occupés, et personne, que je sache, si ce n'est M. Cruveilhier, qui l'a fait d'une manière très-imparfaite, n'a cherché à les décrire comme les enveloppes fibreuses,

Je n'indiquerai dans ce travail que les bourses muqueuses de la main, me réservant plus tard à signaler la disposition de celles du pied et des autres faisceaux musculaires, le temps ne m'ayant pas encore permis de compléter ce travail qui demande de longues et délicates recherches,

Aponévroses de la main.

Comme tous les auteurs l'ont indiqué, les aponévroses de la main se divisent en aponévroses dorsales et palmaires; les unes et les autres présentent des feuillets superficiels et profonds.

Les feuillets aponévrotiques situés à la région dorsale de la main n'offrent aucune disposition particulière qui n'ait été signalée dans les beaux traités d'anatomie de MM. Cruveilhier, Blandin, etc., et pour ces motifs, je crois tout à fait inutile de répéter ici la description qu'en ont donnée ces auteurs; je renvoie pour cela à leurs ouvrages.

Cette disposition si simple, si régulière, qui s'observe à la face dorsale de la main, ne se retrouve plus sur la face palmaire, et il semble que les lames fibreuses qui la protégent, deviennent aussi multiples et présentent autant de variétés que toutes les autres parties constituantes de cet organe.

Comme à la partie dorsale, elle se divise en une région profonde qui recouvre la face antérieure des muscles inter-osseux et qui prend ses points d'insertion sur les parties latérales correspondantes des métacarpiens; inférieurement, elle devient libre d'insertion osseuse, s'unit avec le feuillet qui recouvre la face postérieure des mêmes muscles, leur forme une enveloppe complète, et va se fixer là où s'insère le tendon de ces muscles. Je n'ai, du reste, rien de particulier à signaler pour elle.

Il n'en est pas de même des lames superficielles: en effet, elles se divisent en partie moyenne, la plus forte, la plus résistante, et sur la disposition de laquelle il est surtout nécessaire d'insister, et en lames latérales, beaucoup plus minces et moins résistantes qui embrassent les muscles des régions thénar et hypothénar: ces enveloppes musculaires se continuent supérieurement avec la terminaison de l'aponévrose d'enveloppe de l'avant, en dedans ou en dehors; selon que l'on étudie l'une ou l'autre, on la voit naître ou s'insérer très-intimement sur la partie latérale correspondante de la lame moyenne et se continuer manifestement avec elle, en formant cependant un système particulier et bien distinct: en effet, tandis que les lamelles de l'aponévrose médiane ou de l'aponévrose palmaire proprement dite sont épaisses, arrondies, d'une apparence nacrée et resplendissantes, celles qui appartiennent aux régions latérales sont plus minces, plus transparentes, et se rapprochent davantage par leur structure du tissu cellulaire condensé; tandis que celles-ci ont leurs fibres dirigées horizontalement de dehors en dedans ou de dedans en dehors, celles des premières descendent verticalement du poignet à la base des doigts, et de la sorte coupent à angle droit la direction des secondes.

Deux dépressions profondes limitent latéralement l'aponévrose moyenne. Celle de son côté externe circonscrit très exactement la base du faisceau musculaire destiné au pouce, et quelques lamelles, se déviant un peu de la direction primitive des fibres, semblent se continuer dans toute l'étendue du sillon et aller adhérer au repli cutané qui s'étend de la base du doigt indicateur, à la partie latérale correspondante du pouce. Le sillon interne qui donne insertion à l'aponévrose hypothénar et qui est recouvert par le muscle palmaire cutané, loge dans son fond, la terminaison palmaire des vaisseaux et des nerfs cubitaux. Les lames latérales forment autant d'enveloppes particulières qu'il y a de muscles dans ces parties; cependant le court abducteur et le court fléchisseur du pouce semblent n'en avoir qu'une pour eux deux.

La lame aponévrotique moyenne, l'aponévrose palmaire superficielle, l'aponévrose palmaire proprement dite de quelques auteurs, est placée sous la peau à la partie moyenne et antérieure de la main, comprise entre les deux masses charnues qui limitent latéralement cet organe; elle a par cela même une forme triangulaire; le sommet du triangle qu'elle représente est situé en haut, tandis que la base vient correspondre à la base des quatre derniers doigts

auxquels elle va se rendre, et s'y comporter, comme je l'indiquerai plus tard; pour plus de facilité dans la description, je la ferai commencer supérieurement, et j'examinerai ensuite ses diverses terminaisons.

Elle prend origine en haut sur le ligament annulaire antérieur du carpe, là où vient inférieurement se terminer l'aponévrose anti-brachiale. Ce ligament en effet sert de limite à ces deux lames fibreuses et se trouve renforcé par elles; à partir de ce point, au milieu de la face antérieure, vient s'insérer la lamelle aponévrotique qui donne naissance aux fibres charnues du petit muscle palmaire cutané. Sa moitié interne et supérieure est donc recouverte par ce muscle ou son prolongement d'insertion, tandis que dans tout le reste de son étendue elle n'est séparée de la peau que par un tissu mollasse, pulpeux, qui contient une assez grande quantité de graisse, et par de nombreux prolongements de fibres qui viennent adhérer sur la face interne du derme.

Elle va, comme je l'ai déjà dit, en s'élargissant de plus en plus, de manière à prendre une forme triangulaire. Les fibres qui la constituent sont larges, parfaitement distinctes, toutes longitudinales, d'une force et d'une résistance remarquables. Parvenue à la partie moyenne de la main, cette lame primitive se divise en plusieurs faisceaux, plus superficiels les uns que les autres, qui paraissent être et qui sont en effet produits par l'écartement des fibres, et par leur agglomération successive.

De ces faisceaux, trois sont plus superficiels, plus minces, moins longs et parfaitement distincts. Ils correspondent très-exactement à l'espace inter-osseux des quatre derniers métacarpiens, parviennent au niveau des articulations métacarpo-phalangineuses, et viennent s'insérer dans ce point, sur la face profonde du derme, donnant là plus d'épaisseur à la peau, et concourant à lui faire former cette petite saillie mollasse et pulpeuse qu'on remarque dans l'intervalle et à la base des doigts, saillie qu'il faut bien se garder de confondre avec l'articulation métacarpo-phalangienne, point sur lequel M. le professeur Gerdy, dans son anatomie des formes, a insisté avec beaucoup de raison, sans indiquer toutefois l'adhérence fibreuse dont je m'occupe maintenant; lorsque les doigts sont fortement étendus, la bande fibreuse un peu plus profonde qui se continue avec la gaîne des tendons fléchisseurs, comme je vais bientôt l'indiquer, fait déprimer la peau à son niveau, et concourt ainsi à augmenter les saillies que je signale; mais la disposition de la lame qui leur adhère concourt encore d'une manière bien plus puissante à produire le même résultat, en circonscrivant pour ainsi dire le point le plus arrondi et le plus saillant de la peau.

Les bandelettes plus profondes sont situées dans l'intervalle de celles que je viens de décrire; elles sont plus épaisses, plus résistantes et au nombre de quatre qui vont se rendre à la base des quatre derniers doigts. A mesure qu'elles y parviennent, elles tendent à devenir plus larges et plus minces, à se creuser d'une gouttière à concavité postérieure qui puisse embrasser les tendons des fléchisseurs à mesure qu'ils se dégagent de la paume de la main et deviennent plus libres pour se placer sous leur enveloppe propre et sur la face antérieure de chaque doigt auquel ils vont se rendre.

Ces bandes fibreuses ou la terminaison de l'aponévrose palmaire vont donc se continuer avec la gaîne tendineuse des doigts; non-seulement elles se continuent ensemble, mais la gaîne tendineuse ne semble être autre chose que le prolongement de l'aponévrose palmaire renforcé par des fibres d'un ordre particulier et que je vais bientôt décrire. En effet, l'origine ou la terminaison, comme on voudra l'appeler, de cette gaîne tendineuse n'est formée que de fibres longitudinales qui ont la même direction que celles de l'aponévrose; ce n'est qu'après avoir dépassé l'articulation métacarpo-phalangienne qu'on trouve des fibres circulaires et qui s'entrecroisent avec celles que je viens de signaler. Cette gouttière de l'aponévrose palmaire devient de plus en plus profonde et finit bientôt par former un demi-cylindre dont les bords libres vont adhérer très-intimement avec les parties latérales des phalanges et constituer l'enveloppe fibreuse des tendons fléchisseurs des doigts.

Au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, là où la bande fibreuse commence à se creuser en gouttières pour embrasser les tendons fléchisseurs, elle s'amincit, ai-je dit, et cette plus grande ténuité lui permet une flexion facile, disposition importante et qui ne doit gêner en rien les mouvements de flexion et d'extension des doigts. Si elle se trouve plus mince à sa partie moyenne, à mesure qu'elle se contourne sur les parties latérales, elle acquiert une plus grande épaisseur, et elle y devient plus solide par de nouvelles fibres qui viennent s'unir à elle.

Dans l'intervalle de ces gouttières tendineuses, au niveau et un peu au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne, sous la terminaison des trois languettes fibreuses qui vont adhérer à la peau, se trouvent des fibres nouvelles dont je n'ai pas parlé jusqu'à présent et dont la disposition est cependant importante à connaître; car si jusque-là on a commis quelques erreurs en décrivant la terminaison de l'aponévrose palmaire, je crois que la disposition de ces fibres qu'il me reste maintenant à signaler y a contribué pour beaucoup.

Dans le lieu que je viens d'indiquer, dans les trois interstices qui séparent les quatre derniers doigts et

les prolongements correspondants de l'aponévrose, se rencontrent trois cerceaux formés par des fibres circulaires qui se contournent et vont d'un doigt à l'autre. Elles sont dirigées horizontalement, et pour bien apercevoir leur disposition, il faut enlever les faisceaux cutanés de la lame palmaire. Ces espèces d'arcades de la largeur de quatre ou cinq lignes n'entrecroisent jamais la languette digitale : elles sont exclusivement bornées aux espaces inter-osseux, adhèrent sur les parties latérales avec les prolongements des lames digitales qui vont se rendre dans ce même point et se continuent avec l'aponévrose profonde qui vient aussi s'y terminer.

Cette arcade fibreuse adhère surtout au ligament métacarpien inférieur; elle anticipe très-peu sur l'extrémité supérieure de la phalange, et elle n'y va que par son union avec la languette digitale. A ce niveau, cette arcade fibreuse en avant, en arrière le ligament métacarpien : les os correspondants sur les parties latérales forment une ouverture tout à fait circulaire qui fait communiquer le tissu cellulaire qui est placé à la base des doigts avec celui qui occupe la partie centrale et sous-aponévrotique de la main : par cette ouverture arrondie sortent de la même région profonde les tendons des muscles lombricaux; les vaisseaux et les nerfs collatéraux des doigts. Ces ouvertures sont au nombre de trois, tandis que les feuillets digitaux de l'aponévrose palmaire en forment quatre destinées au passage des tendons des muscles fléchisseurs.

A la base des doigts, cette division de l'aponévrose palmaire et l'espace libre qui devait résulter de l'écartement de ses faisceaux se trouvent remplis par la disposition et la présence des fibres circulaires et transversales; et dans ce point, le système aponévrotique est tout aussi complet qu'à la partie moyenne de la main.

Les fibres circulaires, à l'extrémité supérieure de la première phalange envoient des prolongements sur la face antérieure des tendons et en s'entrecroisant en X seulement à ce niveau avec les fibres longitudinales des bandelettes qui viennent de l'aponévrose de la main, elles constituent cette gaîne des tendons et lui donne ainsi la force et la résistance qui est de beaucoup augmentée par cette disposition natée de ces deux ordres de fibres. Cette structure de la gaîne tendineuse offre la même disposition jusqu'à sa terminaison, et comme dans toute cette partie elle n'offre rien qui n'ait été bien décrit par les auteurs que j'ai cités, je crois tout à fait inutile de répéter ici les bonnes descriptions qu'ils en ont données.

M. le professeur Gerdy a décrit à la base de chaque doigt, dans les replis cutanés qui forment leur commissure, quelques lamelles fibreuses qui tendent à augmenter sa résistance, et qui, selon cet anatomiste habile, forment un demi-cintre fibreux, dont les fibres sont transversales au sommet de sa courbure et obliques sur les côtés; elles vont de l'une des bandelettes digitales de l'aponévrose palmaire à l'autre, ou à la gaîne ligamenteuse des doigts, en s'entrecroisant en X le long du contour de l'arc de chaque commissure.

Il serait difficile, je crois, de ne pas voir dans ces fibres la continuation des fibres circulaires que j'ai décrite plus haut, et qui, au lieu de se terminer comme je l'ai indiqué, enverraient des prolongements jusque dans le fond de la gouttière que forme la peau en se réfléchissant de la face palmaire sur la face dorsale de la main. Cette disposition me paraît extrêmement probable, et quoiqu'après plusieurs dissections minutieuses faites dans l'unique but de la découvrir, je n'y sois pas parvenu, je me garderai bien cependant de la révoquer en doute. Peut-être plus tard pourrai-je la découvrir, ou d'autres, après le professeur qui l'a signalée le premier, seront-ils plus heureux.

La description que je viens de donner des lames aponévrotiques de la main diffère, sous beaucoup de points, de celles qui ont été faites par de grands anatomistes; et cette différence aurait dû me rendre beaucoup plus circonspect à faire connaître le résultat de mes recherches, si je ne les avais répétées un grand nombre de fois avec le désir non pas de faire de nouveaux feuillets, j'aurais plutôt donné dans l'excès contraire, mais bien dans celui de trouver tout ce qui avait été fait avant moi.

Dupuytren, qui s'était occupé de ce sujet d'une manière toute spéciale, faisait terminer inférieurement l'aponévrose palmaire en quatre languettes fibreuses qui se dirigeaient vers l'extrémité inférieure des quatre derniers os métacarpiens. Là, chacune d'elles se bifurquait pour le passage des tendons des fléchisseurs, et chacune des branches de cette bifurcation allait se fixer sur les côtés de la phalange et non en avant. M. Cruveilhier adoptant cette division pour le passage des tendons, fait adhérer les languettes au ligament antérieur des articulations métacarpo-phalangiennes. M. Blandin, qui reconnaît aussi cette disposition, les fait terminer au ligament métacarpien transverse inférieur; ainsi pour ces anatomistes la bifurcation inférieure en deux languettes latérales n'est pas douteuse : chacun lui donne une insertion différente; examinons d'où provient l'erreur qu'ils ont commise.

D'abord, la languette digitale se bifurque-t-elle pour laisser passer les tendons fléchisseurs? Assurément non. Ce qui l'a pu faire croire, c'est la ténuité de la partie moyenne de la lame fibreuse qui recouvre la face antérieure du tendon, et son augmentation d'épaisseur sur les parties latérales, lorsque, dans ces points, elle se réunit avec le cerceau

fibreux que j'ai signalé et que je n'ai trouvé indiqué et bien décrit que dans l'anatomie de M. Cruveilhier. Ni ce professeur, ni Dupuytren n'avaient parlé de la continuité de la languette inférieure avec la gaîne tendineuse des doigts : pour toute description, M. Blandin dit que les deux bandelettes, au moment de leur séparation, s'unissent en quelques points avec l'origine de ces membranes fibreuses des doigts.

Pour peu qu'on ne donne pas à la dissection toute l'attention nécessaire, on enlève facilement le point le plus aminci de la languette, qui se trouve au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, et alors ne laissant que les prolongements latéraux, cette languette a l'air de se bifurquer en effet, quand, en réalité, elle ne le fait pas.

Chacun des anatomistes que j'ai cités a fait insérer cette languette sur des points différents. En ne suivant que son prolongement antérieur, on la voit se continuer avec la gaîne tendineuse et se porter sur les parties latérales de la première phalange, comme l'avait suivie Dupuytren. M. Blandin, qui n'a pas décrit cette continuité, l'a vue s'arrêter sur le ligament métacarpien transverse inférieur, et M. Cruveilhier n'a réellement signalé sur le ligament antérieur métacarpo-phalangien que les faisceaux appartenant aux fibres des arcades transverses.

Ce n'est pas assurément pour mettre toutes ces opinions d'accord que j'en adopterai une qui les réunira toutes trois ; c'est que c'est ma conviction pleine et entière, conviction que chacun pourra facilement acquérir sur une pièce isolée, au moyen d'une dissection attentive. J'ai dit, en effet, que la languette digitale semblait former l'origine, et se continuait sans ligne de séparation avec la gaîne tendineuse : elle doit donc, comme celle-ci, s'insérer sur la partie latérale de la phalange ; mais elle se contourne avant d'arriver jusqu'à elle, et alors elle s'unit dans ce point au ligament métacarpien transverse inférieur. Se continuant avec les fibres transversales, elle va par quelques prolongements sur le ligament antérieur de l'articulation.

Chacun a décrit les enveloppes ligamenteuses des tendons fléchisseurs, et personne que je sache n'a indiqué le point où elles se terminaient supérieurement. Si elles cessaient brusquement, quelle était la disposition de leurs fibres, et avec quoi se continuaient-elles ? M. Blandin est le seul qui ait signalé quelques points d'union avec l'aponévrose palmaire. Il a décrit une partie de la disposition normale.

Telle est, je crois, la manière dont se comportent les aponévroses de la main ; leur disposition superficielle et profonde, et les diverses terminaisons qu'elles affectent, soit sur la peau, soit sur les ligaments, ou sur les surfaces osseuses.

Membranes synoviales des tendons des muscles de la main.

Si l'anatomie des aponévroses de la main a conduit Dupuytren à tirer des conséquences physiologiques et pathologiques du plus haut intérêt, l'étude des membranes synoviales qui enveloppent les tendons de cette région ne laisseraient pas un champ moins fertile à un génie aussi supérieur que celui du chirurgien de l'Hôtel-Dieu ; et sa sagacité, pour décrire des lésions inconnues avant lui, n'a pas manqué de mettre à profit ce qu'il en connaissait.

De ces bourses muqueuses, les unes sont communes à un certain nombre de parties ; d'autres, au contraire, présentent des systèmes complétement isolés. Comme les lames fibreuses, nous en trouverons sur la face dorsale et sur la face palmaire de la main, et présentant avec elles une certaine analogie ; nous les verrons plus nombreuses, plus compliquées, et de beaucoup plus importantes, là où se rencontre une disposition analogue des aponévroses.

Pour étudier la disposition de ces parties, diverses méthodes ont été préconisées tour à tour, et je doute qu'aucune ait eu un succès complet, puisque dans aucun auteur on ne trouve une description exacte des parties qui nous occupent. On comprend, en effet, qu'une injection ordinaire de suif, de cire ou de térébenthine, poussées dans des parties aussi ténues et aussi délicates, doive en opérer facilement la rupture, fuser de là dans le tissu cellulaire environnant, et s'opposer de la sorte à l'étude qu'on en désire faire. On a proposé des injections liquides, et le succès n'a pas été plus heureux ; car, de concert avec M. Blandin, nous avons, il y a quelque temps, tenté ce procédé, en y mettant tout le soin possible, et malgré l'extrême habileté que cet anatomiste possède pour des recherches de ce genre, nous n'avons rien pu découvrir. M. Cruveilhier, le seul qui ait essayé d'en donner une description, propose pour l'apercevoir d'inciser la masse des tendons fléchisseurs, de les renverser, et, de cette manière, dit ce professeur, on voit la disposition de cette membrane. Il est facile, d'après ce procédé, de se rendre compte des erreurs qu'il a commises ; et, en effet, comment pouvoir distinguer cette membrane du tissu cellulaire lâche et lamelleux qui l'enveloppe, et qui se continue avec les parties voisines ? Comment reconnaître où cesse celle qui entoure la masse tendineuse des muscles fléchisseurs, et où commence celle qui est propre au fléchisseur du pouce, comme il la décrit ? On se trouve contraint, pour ainsi dire, par un procédé aussi défectueux de commettre des erreurs, bien involontaires, il est vrai ; mais qui n'en existent pas moins.

Le procédé que j'ai suivi est, ce me semble, beaucoup plus simple que tous ceux que je viens de si-

gnaler, et l'étude qu'il permet de faire est si facile et si certaine, que je ne pense pas qu'il puisse s'être glissé la plus légère erreur dans mes recherches ; je suis d'autant plus fondé à regarder la description que je vais donner, comme étant la plus normale et la plus constante, que sur plus de quarante mains je ne l'ai pas trouvé varier une seule fois.

Le procédé consiste à enlever la peau de la partie qu'on veut étudier, et je l'applique ici à la face antérieure de la main, à écarter légèrement à l'extrémité inférieure de l'avant-bras les faisceaux musculaires et tendineux, à plonger dans leur intervalle un tube assez fin, et le faire pénétrer au-dessous de ces tendons jusque sur la face antérieure du carpe ; lorsqu'il y est parvenu, souffler légèrement jusqu'à ce que la bourse muqueuse soit complétement distendue. Lorsqu'on juge qu'elle l'est à un degré suffisant, on retire le tube, sans autre précaution que froisser un peu les fibres charnues qui remplissent le lieu qu'occupait ce tube, et s'oppose à ce que la bourse puisse se vider. Une fois qu'elle est ainsi distendue, on se livre à sa dissection, et chacun doit penser que la chose alors n'est pas difficile, et que, de cette manière, tous les replis, tous les prolongements peuvent être suivis. Appliquant donc ce principe à l'étude des bourses synoviales de la main, c'est leur disposition que je vais maintenant faire connaître.

Synoviales dorsales de la main.

Sur la face dorsale de la main, là où se rencontrent plusieurs coulisses fibreuses, celle du muscle extenseur du petit doigt, ou osséo-fibreuses, celle du cubital postérieur, de l'extenseur, etc., se trouvent aussi un certain nombre de bourses muqueuses enveloppant les tendons, et facilitant leurs glissements dans les gaînes que je viens de signaler. Chacune de ces enveloppes dépasse en haut et en bas l'arcade fibreuse qu'elle tapisse et forme de chaque côté un cul-de-sac assez étendu pour qu'il puisse se prêter à tous les mouvements du tendon. Tous ces feuillets sont formés par des replis qui adhèrent, l'un à l'arcade fibreuse ; l'autre au tendon qui s'y trouve, et dans leur cavité propre, ils ne contiennent que de la synovie, disposition qui est commune, du reste, à toutes les membranes séreuses.

De dedans en dehors, nous trouverons une première enveloppe complétement isolée, peu étendue, surtout inférieurement, et exclusivement destinée au cubital postérieur. A côté d'elle s'en rencontre une seconde qui appartient à l'extenseur propre du petit doigt. Comme les glissements de ce tendon sont plus fréquents et de beaucoup plus étendus que ceux du précédent ; comme, d'une autre part, l'insertion inférieure de ce muscle se fait dans un point plus éloigné de la coulisse fibreuse que celle du cubital postérieur, la membrane séreuse devait avoir elle-même une dimension plus grande et avoir la même disposition en bas et en haut.

Plus en dehors, nous en trouverons une troisième qui est commune à l'extenseur commun et à l'extenseur propre de l'indicateur ; inférieurement, elle envoie trois ou quatre prolongements sur les tendons qui dépassent le ligament annulaire postérieur, et ils se comportent là comme celui qui appartient à l'extenseur propre du petit doigt, en formant un bourrelet, un cul-de-sac, assez large et assez étendu pour qu'il se prête à tous les mouvements de ces prolongements tendineux. Il n'est pas rare de voir cette gaîne communiquer avec celle qui enveloppe le long extenseur du pouce. Celle-ci, dans quelques cas, est cependant complétement étrangère à celle de l'extenseur commun. Du reste, elle se comporte à ses deux extrémités comme la précédente, étant plus large, plus renflée, et n'étant pas là, comme à sa partie moyenne, étranglée en quelque sorte en dehors par des fibres circulaires dures, non élastiques, en dedans par une gouttière osseuse.

Enfin, tout à fait en dehors, près du bord externe du radius, on en trouve une dernière commune au court extenseur et au grand abducteur du pouce ; comme la précédente, elle n'offre rien autre chose de particulier, et toutes deux ont une direction oblique, comme les tendons qu'elles enveloppent.

L'arcade fibreuse qui s'insère aux crêtes osseuses de l'extrémité inférieure du radius est très-forte et très-résistante ; elle ne peut, dans aucun cas, être soulevée, et lorsque par hasard ces bourses muqueuses se trouvent distendues, soit par de l'air qu'on y a insufflé, soit par une accumulation de sérosité, comme dans quelques cas pathologiques, ainsi que je le signalerai plus tard ; elles paraissent alors être doubles, formant deux renflements, un supérieur et un inférieur, séparés par une dépression profonde qu'occasionne le ligament annulaire postérieur du carpe.

D'autres, enfin, appartiennent à la terminaison des radiaux et au long suppinateur ; mais elles sont trop peu importantes pour que je m'y arrête plus longuement.

Membranes synoviales des muscles fléchisseurs de la main et des doigts.

Considérées sous le point de vue de l'étendue, de l'importance physiologique et pathologique, les bourses muqueuses de la région antérieure de la main nous offriront un bien plus grand intérêt que celles de la région postérieure, et leur disposition nous sera aussi facile à déterminer que celle que nous avons déjà décrite.

Si, après avoir préalablement enlevé la peau, comme je l'ai indiqué, et insufflé cette membrane, on procède à sa dissection, voici la disposition constante que l'on observe : en renversant la masse charnue des deux fléchisseurs, on aperçoit au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe, entre ce ligament, la face antérieure du carpe, et la face antérieure de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant bras, un grand cul-de-sac, mince et transparent, qui facilite le glissement de la masse tendineuse, sur les surfaces osseuses que je viens de nommer. Cette bourse se prolonge quelquefois supérieurement jusque sur la face antérieure et inférieure du carré pronateur. De là, cette membrane s'interposant entre les tendons, et se continuant avec eux, s'engage sous le ligament annulaire pour aller se terminer inférieurement dans la paume de la main de la manière suivante : elle se prolonge inférieurement jusqu'à l'origine de la division en languettes de l'aponévrose palmaire sous laquelle elle est située, et avec laquelle elle contracte dans quelques points des adhérences telles, qu'il est extrêmement difficile de l'en séparer sans l'ouvrir; aussi, pour la préparer, ne faut-il jamais enlever l'aponévrose palmaire sans avoir préalablement insufflé. Elle s'étend jusqu'au niveau du sillon transversal moyen de la main.

M. Cruveilhier prétend que, dans ce point, elle se divise en quatre petits prolongements qui correspondent aux tendons destinés à chaque doigt; il ne dit pas si ces prolongements se continuent jusque dans la gaîne tendineuse des doigts, et il n'est pas plus satisfaisant lorsqu'il décrit celles qui sont propres à ces coulisses tendineuses, de sorte qu'on ignore si la synoviale du doigt du milieu, par exemple, communique avec celle qui enveloppe la masse tendineuse sous le ligament annulaire. Cette question est assez importante, ce me semble, pour nécessiter quelques éclaircissements. Ce n'est pas tout encore, ajoute ce professeur, il existe une autre synoviale destinée au long fléchisseur propre du pouce.

La description incomplète et même les erreurs qui se sont glissées dans le bel ouvrage de cet anatomiste ne doivent nullement surprendre, d'après les procédés fautifs qu'il avait employés pour ses descriptions. Que M. Cruveilhier ne prenne pas ce que je dis ici pour une critique de ses travaux : comme il est le seul qui ait cherché à décrire ces synoviales d'une manière complète, je dois signaler en quoi mes recherches ont différé des siennes; tout prêt à me rétracter si je me suis trompé, je le prie du reste de recevoir ici toute ma reconnaissance pour l'intérêt qu'il n'a cessé de me porter, et les bontés qu'il a eues pour moi dans toutes les circonstances où il m'a pu être utile.

Trois petits culs-de-sac cessant au niveau de l'origine des muscles lombricaux, et placés sur le trajet des tendons fléchisseurs des muscles destinés aux trois doigts du milieu, terminent inférieurement cette large bourse muqueuse. En dedans et en dehors, elle a une tout autre disposition; c'est qu'en effet elle accompagne dans toute leur longueur les tendons destinés au pouce et au petit doigt, et va se terminer là où s'insèrent les languettes les plus longues de ces muscles, sur la face antérieure de la phalangette, dépassant ainsi l'articulation de cette phalangette avec la phalangine. Cette terminaison inférieure est la même, du reste, pour celles qui sont propres aux trois doigts du milieu.

Il résulte donc de cette disposition, qu'en insufflant sous le ligament annulaire, on remplit cette poche synoviale, qui est toujours unique, d'après mes dissections. M. Cruveilhier prétend l'avoir quelquefois rencontré double, et on distend en même temps celles qui appartiennent au pouce et au petit doigt. Réciproquement, en insufflant par le pouce ou le petit doigt, on peut distendre celle du carpe; les trois doigts du milieu offrent un système complétement isolé, que je n'ai jamais vu sur plus de quarante mains communiquer avec la grande enveloppe de la masse commune des tendons et des premiers et cinquième doigts.

Pour bien étudier l'enveloppe séreuse des tendons des trois doigts du milieu, il faut, après avoir mis à nu la gaîne fibreuse, faire sur elle une ponction pour y passer le tube, et, après avoir insufflé, passer un fil autour du doigt pour s'opposer à la sortie de l'air. Si le tube a été dirigé du côté de la main, on aperçoit l'extrémité supérieure de cette bourse qui remonte un peu au-dessus de la languette fibreuse qui appartient à l'aponévrose palmaire, et elle forme là un petit bourrelet tout à fait analogue à ceux qu'on remarque sur le trajet des tendons des extenseurs. Son point le plus supérieur est distant d'un demi-pouce à peu près, de la terminaison inférieure de la bourse muqueuse du carpe, qui ne communique jamais avec elle.

Cette membrane se termine inférieurement sur la phalange onguale, comme M. Cruveilhier l'a indiqué pour le pouce, et elle dépasse l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange, disposition importante, qui n'avait pas été vue par M. Velpeau, et qui avait induit ce professeur à tirer des conséquences pathologiques inexactes, comme je le signalerai plus tard.

Dans les gaînes tendineuses de tous les doigts, ces membranes synoviales forment des replis qu'a très-bien indiqués M. Cruveilhier, et qui varient par leur nombre et leur destination. Le plus souvent il y en a un ou deux sur la face antérieure de la première phalange, et qui, de là, se portent sur la face correspondante du tendon du fléchisseur superficiel : un ou deux partant de la seconde passent à travers

de l'écartement du tendon de ce muscle, et vont adhérer à celui du fléchisseur profond; enfin, un troisième repli se trouve placé sur la dernière phalange, et est destiné au tendon qui s'y termine.

Ces replis synoviaux sont *probablement* destinés, dit M. Cruveilhier, à soutenir les vaisseaux nourriciers des tendons, et nullement à lier ces tendons entre eux. Je change l'expression de ce célèbre professeur, et ce qu'il regardait comme une probabilité, je puis le donner comme une certitude. C'est qu'en effet, dans ces replis, sont logées des artérioles qui vont se distribuer dans les tendons; j'ai pu facilement les injecter, et on peut encore parfaitement bien les apercevoir sur les pièces sèches que j'ai préparées pour en montrer la disposition.

Telle est la nouvelle description que j'avais à donner des aponévroses et des membranes synoviales de la main. Je ne me suis décidé à la faire reparaître qu'après en avoir répété sur un grand nombre de sujets la constante disposition; et si, par hasard, malgré les dissections les plus minutieuses auxquelles je me suis livré pour arriver à ce résultat, j'avais commis quelques erreurs, je me hâterai de revenir sur ce que j'ai dit, après avoir vu sur le cadavre une conformation autre que celle que j'ai signalée.

Application de ces notions anatomiques, à la pathologie et à la médecine opératoire.

La rétraction des languettes fibreuses qui, de l'aponévrose palmaire, vont se rendre à la base des doigts, doit-elle, comme l'avait indiqué Dupuytren, produire la flexion permanente de ces mêmes doigts, et la section de cette aponévrose doit-elle remédier à cette difformité? Si ces lamelles peuvent, par des influences quelconques, revenir sur elles-mêmes, et je crois que ce n'est pas douteux, quoique je n'en aie jamais disséqué dans cet état, ont-elles une action bien manifeste pour faire fléchir le doigt dans une grande étendue, et peuvent-elles paraître sous la peau comme des cordes véritables, et simuler les tendons au point d'avoir fait commettre les erreurs qu'on a rapportées à ce sujet?

D'après la description que j'en ai donnée, ce n'est assurément pas douteux : en effet, j'ai dit que la terminaison de ces languettes entrait pour beaucoup dans la structure des gaînes fibreuses digitales; un raccourcissement anormal de ces bandelettes doit donc agir sur la flexion des doigts et la déterminer tant que dure l'affection. D'après la description qu'avait donnée Dupuytren, description qui a été adoptée par ceux qui l'ont suivi, sauf les légères modifications qu'ils lui ont fait subir, ce résultat pouvait être le même, puisqu'il la faisait prolonger jusque sur les parties latérales de la tête de la première phalange; mais bien plus encore dans sa rétraction que dans son état naturel, cette aponévrose devait, inférieurement, paraître bifurquée et l'espèce de corde qu'elle forme en soulevant la peau dans la paume de la main, devait devenir double à la terminaison, qui devait être là où cesse la bandelette aponévrotique. Cette rétraction ne devait pas agir sur la deuxième et la troisième phalange, et, dans le cas où elle aurait fléchi la première, les deux autres auraient dû se mouvoir sur celle-ci. Cette bifurcation inférieure n'aurait pas dû se trouver sur la ligne médiane, surtout sur la face antérieure de la première phalange et sur le trajet du tendon, où l'aponévrose palmaire n'aurait aucun prolongement, au moins, d'après Dupuytren, MM. Blandin, Cruveilhier, etc.; on se rend, au contraire, parfaitement compte de ce résultat en adoptant la description que j'ai donnée de ces languettes fibreuses. C'est qu'en effet l'étude que j'ai faite sur les parties bien conformées me le fait apercevoir ainsi, et l'état anormal, prêtant un nouveau jour à des questions qui seraient restées souvent indécises, vient confirmer le fruit de mes recherches. Ceci est si vrai que Dupuytren, après avoir incisé ses deux prétendues digitations, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, chez le marchand de vin qu'il a opéré le premier, ne put cependant étendre son doigt d'une manière complète, chose qu'il aurait dû faire si l'aponévrose s'était terminée comme il l'indique. Il se trouva dans la nécessité de pratiquer une seconde incision sur la partie moyenne de la première phalange et d'inciser là où, selon lui, il ne devrait pas se trouver de prolongement fibreux. C'est qu'en effet, dans la première section, il n'avait divisé que les fibres latérales, et il se trouva dans la nécessité plus tard d'agir sur celles qui occupaient la ligne médiane.

Ce célèbre professeur indique, pour remédier à la difformité que je signale, de pratiquer une incision transversale au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne et après avoir divisé la peau, de couper les deux prolongements fibreux de l'aponévrose.

Ce procédé, comme je viens de le dire, ne réussit pas toujours : en effet, il a été dans la nécessité, chez le marchand de vin, d'inciser au niveau de la partie moyenne de la première phalange. Il recommande même formellement, un peu plus *loin*, après avoir fait cette première section, de faire une seconde incision au-dessus de la première, dans la paume de la main, afin de séparer la languette du corps de l'aponévrose. Je crois que cette dernière seule est indispensable; c'est qu'en effet, en agissant dans ce point, on coupe cette languette avant qu'elle se soit continuée latéralement et creusée en gouttière pour loger le tendon, et cette première section, dans la plupart des cas, doit suffire : je dis, dans la plupart des cas, car au niveau des phalanges il n'y a plus seulement des fibres longitudinales ap-

partement à ce prolongement, mais il en existe de transversales, et qui ne doivent pas, dans tous les cas, céder à cette première section : on se trouverait dans la nécessité, si on ne pouvait étendre le doigt après la section médiane de la languette fibreuse, de pratiquer une seconde incision au niveau de la partie moyenne de la seconde phalange.

En agissant seulement dans le point que j'indique, dans le second indiqué par Dupuytren, outre l'avantage que je viens de signaler, de ne pratiquer qu'une seule incision, moins étendue que celle que l'on fait à la base du doigt pour couper les parties latérales de l'aponévrose, il s'en trouve un second qui mérite, je crois, quelque importance.

D'abord on est moins près d'une articulation qui peut devenir malade consécutivement à cette opération; ensuite on agit dans l'endroit où les tendons fléchisseurs sont dépourvus de membranes synoviales. Celle du carpe, en effet, ne se prolonge que jusque-là, à moins qu'on n'opère sur le pouce ou le petit doigt; et celle qui accompagne la gaîne tendineuse du doigt ne remonte pas jusqu'à ce point, qui se trouve placé à un quart de pouce à peu près de l'articulation métacarpo-phalangienne. Quand on incise au niveau de cette articulation, comme le voulait Dupuytren, on peut ouvrir ces membranes séreuses, et les accidents consécutifs qui peuvent en résulter sont trop nombreux, trop graves et trop bien appréciés pour que j'y insiste plus longuement. Chacun sait que la pratique de l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu n'en a pas toujours été à l'abri.

L'histoire que ce chirurgien a donnée des kystes séreux de la membrane synoviale du carpe n'offre rien de particulier à ce que j'ai dit et ne vient contrebalancer en rien la description que j'ai faite de cette enveloppe.

J'ajouterai que, d'après le trajet qu'elle parcourt, la sérosité et les corps blanchâtres qui quelquefois s'y trouvent contenus doivent pénétrer aussi dans les enveloppes du pouce et du petit doigt. Réciproquement, les tumeurs qu'on a décrites sous le nom de ganglions doivent être complétement étrangères aux enveloppes séreuses du premier et du cinquième doigt toutes les fois que ces tumeurs sont bien circonscrites et bornées seulement dans un point.

Un cas de ce genre s'est offert l'été dernier à l'observation de M. Blandin. A la consultation de l'Hôtel-Dieu, il se présenta une femme qui portait à la base du pouce une tumeur arrondie, bien circonscrite, sans changement de couleur à la peau et qui paraissait être fluctuante. La pression ne diminuait en rien son volume, qui égalait celui d'une aveline. La région du carpe ne présentait aucune tuméfaction et paraissait être entièrement exempte de communication avec la tumeur dont je parle. Contrairement à l'opinion de quelques autres personnes, M. Blandin regarda cette tumeur comme tout à fait indépendante de la membrane synoviale du fléchisseur propre du pouce. Cet habile chirurgien avait vu sur mes préparations la communication constante de la séreuse de ce tendon avec celle du carpe, et si cette tumeur avait été sur le trajet de ce tendon, la pression l'aurait fait disparaître, et on l'aurait reproduite en comprimant sur la partie antérieure et supérieure du carpe. Le diagnostic de M. Blandin, qui, dans ce cas, lui avait été fourni par la connaissance de cette disposition anatomique, se trouva bientôt vérifié; car, comme il l'avait prévu, la tumeur n'avait rien de commun avec le tendon du fléchisseur propre du pouce.

M. le professeur Velpeau prétend que, toutes choses égales, d'ailleurs, la désarticulation de la troisième phalange est moins grave que celle de la seconde. La principale raison qui lui fait adopter cette manière de voir, c'est qu'il présume que la membrane synoviale du tendon ne parvient pas jusqu'au niveau de cette articulation; que dès lors on n'est pas exposé à son inflammation consécutive et aux accidents qui en sont la conséquence.

Si l'on se rappelle ce que j'ai dit à ce sujet, il sera facile de se convaincre que M. Velpeau aura été induit en erreur par le repli médian de la séreuse, qui semble, en effet, ne pas atteindre les surfaces articulaires, et, se figurant que c'était là l'extrémité la plus inférieure de cette séreuse, il aura cru à la possibilité de ne pas l'ouvrir dans l'opération que j'indique. Il serait facilement revenu de cette légère erreur s'il l'avait insufflé; car, par ce procédé, il aurait vu que, sur les parties latérales, cette séreuse forme, de chaque côté du repli médian, deux petits culs-de-sac, qui s'étendent toujours jusque sur la face antérieure de la phalangette, et qu'on les ouvre constamment quand on désarticule cet os.

Ainsi, qu'on ampute la première, la dexième ou la troisième phalange, le danger sera absolument le même, pour ce qui regarde toutefois l'inflammation de l'enveloppe séreuse des tendons. Si cette complication de ces opérations peut si facilement survenir, il ne faut pas croire cependant qu'elle offre sur tous les doigts la même gravité. En effet, on a parlé beaucoup de la facilité avec laquelle le pus d'un panaris profond, par exemple, gagnait la paume de la main, fusait sous le ligament annulaire antérieur du carpe, et donnait lieu plus tard à des inflammations puriformes sur toute la surface antérieur de l'avant-bras. On a décrit avec le même soin, des phénomènes analogues, qui se manifestent lorsque les séreuses sont enflammées après les amputations des doigts. J'ai dit que ces accidents ne sont pas très-rares, et cependant on les a exagérés dans quelques cas et beaucoup trop limités dans d'autres. Je m'explique.

Cette terminaison est beaucoup plus rare qu'on ne le présume, lorsque le mal est borné à l'un des trois doigts du milieu. Je ne veux pas dire par là qu'ils soient plus exempts que les deux autres de ces accidents consécutifs; mais ces accidents pour eux sont beaucoup plus bornés. Le plus souvent, cette inflammation ne dépasse pas la séreuse des tendons, et comme elle forme un véritable cul-de-sac à la partie supérieure, comme elle ne communique jamais avec la séreuse du carpe, elle ne donne pas lieu, par cette raison, aux graves accidents que j'indiquais il n'y a qu'un instant. Le mal est borné le plus souvent à la paume de la main, et rarement les collections purulentes qu'ils forment à sa suite s'étendent au delà. Je dis rarement, car, à la rigueur, on comprend que si l'inflammation était trop vive, si les débridements que son apparition nécessite étaient trop tardivement faits, elle pourrait se propager dans le tissu cellulaire de la main, déchirer à la rigueur la bourse muqueuse du tendon, et le contact du pus pourrait produire l'inflammation de celle du carpe. Mais cette terminaison doit être extrêmement rare, et des obstacles tout à fait mécaniques semblent la prévenir.

Qu'on réfléchisse, au contraire, sur ce qui doit survenir lorsque la lésion affecte le pouce ou le petit doigt, et l'on aura bientôt la connaissance de l'extrême gravité du mal, qui se trouve borné à l'un de ces deux doigts. La large communication de leur séreuse avec celle du carpe expliquera le phénomène et devra faire tenir le chirurgien sur ses gardes, afin de le prévenir par tous les moyens qui sont en son pouvoir.

Ce pronostic des amputations des doigts semble être passé en proverbe, et les gens du monde, qui ignorent d'une manière complète les règles de notre art, considèrent comme extrêmement dangereuse l'amputation du petit doigt. Je me suis souvent entendu faire cette question, à laquelle il m'était impossible de répondre d'une manière satisfaisante avant les dissections auxquelles je me suis livré l'été dernier. Aujourd'hui j'adopte pleinement leur manière de voir, qui ne peut venir assurément que de l'observation qui en aura été faite, et chacun, je crois, partagera mon opinion, qui est basée sur l'observation et sur une disposition anatomique qui, par sa simplicité et sa constance, rend compte de tous les accidents que j'ai signalés.

Que chaque chirurgien consulte ses souvenirs, qu'il compare les unes aux autres les complications qui sont survenues à chaque doigt, et tous verront qu'elles sont bien plus fréquentes ou plus graves aux deux que je signale qu'aux trois du milieu. Les observations en sont trop nombreuses pour que j'en rapporte ici des exemples : chacun, sans aucun doute, aura l'occasion de les vérifier souvent et d'acquérir par là la certitude des faits que j'avance.

La conséquence qui résulte des observations que je viens de présenter, c'est qu'il faut, par tous les moyens possibles, prévenir ces accidents, mais surtout, c'est qu'on doit redoubler d'attention et de soins lorsqu'on agit sur le pouce ou le petit doigt; les inflammations qui se développent sur le trajet de leurs tendons fléchisseurs devant être beaucoup plus étendues et par cela même produire plus tard de plus graves désordres.

La position déclive qu'on peut donner à la main doit s'opposer, je crois, à la facilité qu'aurait le pus à pénétrer la coulisse tendineuse des doigts, et peut être indiquée comme un moyen préventif des accidents. Une des méthodes qui contribue le plus puissamment à les faire apparaître est celle qu'on met trop fréquemment en usage pour obtenir la réunion par première intention : on relève, en effet, le lambeau palmaire sur la face dorsale des doigts, et je suppose ici des cas d'amputation : la pression qu'on y exerce au moyen des bandelettes favorise cette terminaison funeste, qu'on pourrait souvent prévenir en employant un pansement beaucoup plus doux et moins compressif. La pratique si heureuse de M. le professeur J. Cloquet l'a conduit à ce but : il n'emploie pour réussir qu'une très-petite bandelette, qui est serrée tout juste ce qu'il faut pour obtenir le contact des lèvres de la plaie, et, au plus léger développement des accidents inflammatoires, la bandelette est remplacée par un large cataplasme; qu'on joigne à cela le repos absolu, les moyens locaux qui conviennent en semblable occurrence, et dans beaucoup de cas on s'opposera, je crois, à ces symptômes graves que je viens de passer en revue.

Gazette médicale. — Mai 1839.

***Considérations sur l'Hydrocèle et sur un nouveau moyen de pratiquer l'injection avec un instrument à pompe, extraites des leçons cliniques de* M. Lisfranc; par M. Baud, interne à l'hôpital de la Pitié.**

Il semble que le dernier mot ait été dit sur le traitement de l'hydrocèle; cependant cette question a fourni à M. Lisfranc d'importantes considérations pratiques, que je ne crois pas inutile de reproduire.

Reconnaissons d'abord que l'on a donné à certains signes une valeur exagérée dans le diagnostic de l'hydrocèle. Il ne faut pas, par exemple, faire cas du poids de la tumeur, qui peut être très-grand relativement au volume, sans qu'il y ait sarcocèle et *vice versâ*. Il est des hydrocèles qui ne sont pas pyriformes; on voit des sarcocèles pyriformes : la forme de la tumeur ne prouve donc rien. Les praticiens attachent une grande importance à la fluctuation; mais il ne faut pas s'en laisser imposer par celle qui résulte de la fonte du testicule. Le doute n'existe le plus souvent que pour une tumeur vo-

lumineuse ; or, il est rare que le sarcocèle atteigne ce degré de développement sans s'accompagner de l'engorgement du cordon.

Pour peu qu'il reste de doute, on a recours à la ponction exploratrice, au moyen de l'aiguille des Indiens : la matière qui file au dehors, le long de l'instrument, la sensation d'un espace plein de liquide ou d'un corps solide, que celui-ci donne à la main qui lui imprime des mouvements, ont une signification presque absolue ; je dis presque, car on a observé à l'hôpital de la Pitié un cas dans lequel le moyen explorateur dont nous nous occupons ayant été employé, on pouvait croire qu'on avait affaire à un liquide. La ponction fut faite ; il ne sortit qu'une très-petite quantité de sérosité rougeâtre. M. Lisfranc incisa et trouva la presque totalité du testicule réduit à l'état de bouillie. Dans un autre cas, où l'aiguille avait donné la même sensation, le trocart fut plongé dans la tumeur sans que rien sortît par la canule. L'incision fit découvrir le testicule engorgé au milieu d'une espèce de pulpe molle, résultant d'une hématocèle ancienne.

L'hydrocèle peut n'occuper qu'une partie de la cavité de la tunique vaginale, si des adhérences l'ont circonscrite. Ne prenez donc pas toujours pour une hydropisie enkystée du cordon celle qui existerait à la partie supérieure du testicule. Cette même hydropisie partielle de la tunique vaginale se confond facilement avec les ramollissements ou les abcès circonscrits du testicule ; mais les phénomènes inflammatoires dissipent ordinairement l'erreur.

Le cordon et le testicule se trouvent à la partie postérieure de la tumeur, et celui-ci est placé à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen ; mais il y a des exceptions. Scarpa, Dupuytren et d'autres chirurgiens ont trouvé ces organes antérieurement ; il y a plus de variétés encore dans la hauteur à laquelle se trouve le testicule. Tillay a cité un cas d'aplatissement tel du testicule que cet organe tapissait les deux tiers inférieurs de la tunique vaginale. Un second fait du même genre s'est présenté à M. Lisfranc.

Une hernie compliquant une hydrocèle se glisse ordinairement à sa partie postérieure ; mais il arrive quelquefois qu'elle use la tunique vaginale et plonge dans le liquide, qui distend celle-ci. Lecat, Dupuytren, M. Lisfranc lui-même en ont cité des exemples. Cette complication mérite une grande attention ; car, si elle passait inaperçue, la ponction et l'injection du sac herniaire pourraient déterminer des accidents très-graves. Souvent on a opéré d'anciens sacs herniaires hydropiques pour des hydrocèles, et la guérison n'en a pas moins été obtenue. Monro en rapporte des exemples.

Existe-t-il des cas où l'hydrocèle peut être guérie sans recourir à une opération qui force le malade à interrompre, trente jours au moins, ses occupations et peut, dans certains cas, entraîner des conséquences graves ? Tant que l'hydrocèle est de date récente, les sangsues, les diurétiques réussissent quelquefois. Les préparations d'iode employées localement ont fait disparaître des hydrocèles récentes et quelques-unes anciennes déjà : c'est un moyen à tenter. Les vésicatoires donnent, sur cinquante fois, un bon résultat. M. Lisfranc les a vu employer par Béclard et a pu en étudier les effets : ils déterminent quelquefois une vive douleur avec réaction fébrile ; il les rejette.

La ponction, suivie de l'injection, l'incision unie à l'excision, sont les méthodes employées par le professeur, et voici comment il en pose les indications. La ponction est la règle, les deux autres méthodes sont l'exception ; elles ne doivent être préférées *à priori* que dans le cas où la tumeur est trop volumineuse ou quand la tunique vaginale est dans un trop mauvais état pour que la première réussisse. Mais parlons d'abord de l'injection, en ne touchant toujours qu'aux points essentiels de la question.

Quand on se propose de faire la ponction et l'injection d'une hydrocèle, le premier soin est de s'assurer de la position du cordon et du testicule, que nous avons dit n'être pas constante. Le lieu qu'occupe le testicule se reconnaît à une dureté plus grande, aux douleurs *sui generis*, que la pression y détermine, à son défaut de transparence contrastant avec la transparence du reste de la tumeur, quand elle existe. Au lieu de plonger le trocart antérieurement à la réunion du tiers moyen avec le tiers supérieur, comme on le fait dans les cas ordinaires, il faut le plonger beaucoup plus inférieurement, quand le cordon et le testicule occupent la partie supérieure, et choisir l'un des côtés quand ces organes sont placés antérieurement.

Si, malgré toutes ces précautions, le trocart atteignait l'organe sécréteur du sperme, il faudrait peu s'en inquiéter. M. Lisfranc ne connaît pas un seul fait où la piqûre du testicule ait été suivie d'accidents, quoiqu'il ait vu plusieurs fois Dupuytren la faire avec intention.

Lorsqu'une hydrocèle est très-volumineuse, M. Lisfranc pratique une ponction à l'aide de laquelle il extrait les deux tiers environ de la sérosité ; il attend cinq à six jours pour que la petite plaie soit cicatrisée, et ordinairement, pendant ce temps, les parties reviennent sur elles-mêmes, et l'hydrocèle est réduite à un bien moindre volume. Ainsi, quand on fera une seconde ponction, l'injection portera sur une surface beaucoup moins étendue. Les cas dans lesquels le liquide se reproduit, presque immédiatement après qu'il a été extrait, peuvent se rencontrer ; alors il est impossible de jouir du bénéfice du moyen que nous venons d'indiquer. Qu'il nous soit permis de dire, ajoute le professeur, que, si nous voulions extirper une tumeur volumineuse, contenant un liquide, nous en pratiquerions préalablement la ponction sur le point le moins déclive, pour la vider en grande partie ; la peau qu'elle se serait appropriée en la soulevant, à mesure qu'elle aurait pris du volume, cessant d'être distendue, s'affaissant, au contraire, l'abandonnerait pour venir reprendre à peu près sa place ; de là nécessairement une dissection qui porterait sur une surface moins étendue ; de là une plaie beaucoup moins grande. Il est bien entendu qu'ici on opérerait immédiatement après l'évacuation du liquide dont nous venons de parler.

Il est des malades qui souffrent beaucoup pendant l'injection, au point même de tomber dans des convulsions ou dans un état de demi-syncope : il ne faut pas s'en laisser imposer par cette apparence ;

songer que, pendant la durée de la demi-syncope, l'irritabilité des tissus est moindre, et tenir compte du temps perdu pour l'excitation pendant sa durée. Nous savons, par expérience, dit M. Lisfranc, que si on n'en fait pas moins les deux injections, comme à l'ordinaire, la guérison est très-douteuse, et que ces douleurs sont presque toujours purement nerveuses, car les bourses de ces malades ne se tuméfient pas ordinairement plus que dans les cas ordinaires. D'autres sujets, au contraire, n'éprouvent pas ou presque pas de douleurs, quoiqu'on ajoute une grande proportion d'alcool au liquide de l'injection. On a eu tort de dire que ceux-ci ne peuvent guérir, et, avec trois injections, on réussit chez eux aussi souvent que chez les autres. Ceci est démontré par nombre d'observations faites à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié. Lisez la thèse de M. Detours : le principe est d'exciter plutôt plus que moins; on peut modérer l'excitation en plus au moyen des cataplasmes, puis des sangsues, tandis qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'y ajouter suffisamment quand elle est en moins.

Tout le monde sait que vingt-quatre heures après l'opération, la tumeur est revenue à peu près au volume qu'elle avait avant; mais M. Lisfranc a remarqué que la guérison est bien plus prompte quand cette augmentation de volume est due en grande partie au testicule, que lorsqu'elle dépend d'une abondante sécrétion à la surface interne de la tunique vaginale. La présence du liquide exudé en abondance retarderait donc la terminaison désirée? Cette présomption, mais surtout les heureux résultats que M. Magendie a retirés d'une seconde paracentèse, le lendemain ou le surlendemain d'une première, avec injection dans l'abdomen, ont conduit M. Lisfranc à penser que le terme de la guérison pourrait bien être hâté par une seconde ponction, destinée à évacuer la sérosité accumulée consécutivement, et il aurait tenté ce moyen, tiré de l'analogie, sur un malade couché en ce moment au n. 19 de la salle St-Louis, si on n'avait été obligé de combattre un surcroît d'inflammation par des cataplasmes et des sangsues, et si le gonflement du testicule n'avait pas composé la presque totalité de la tumeur. Avant de quitter ce malade, je remarquai que chez lui, et chez un autre opéré il y a trois mois, M. Lisfranc s'est servi, pour faire l'injection, d'une sorte de pompe aspirante et foulante, à jet continu, instrument mille fois plus commode que la seringue ordinaire, toujours très-longue à charger, et qui, mal assurée entre les mains d'un aide auxquelles elle ne manque guère de communiquer une chaleur peu agréable, l'expose à imprimer à la canule du trocart des secousses, que ne peut pas toujours réprimer la main du chirurgien qui la maintient en place. On peut ainsi, sans désemparer, injecter la quantité de liquide nécessaire dans tous les cas. (Cet instrument se trouve chez M. Charrière.)

Trente, quarante, cinquante jours se sont écoulés depuis l'opération, et la guérison est encore à venir; faut-il recommencer? M. Lisfranc tire d'abord de cette possibilité la conséquence qu'il ne faut jamais promettre la guérison à époque fixe, puis il répond par des faits qui prouvent que souvent elle a lieu alors qu'on n'y comptait plus, après deux, trois mois par exemple. Ne peut-on concevoir que l'irritation se conserve trop forte pendant un certain temps, et finisse par descendre au degré nécessaire pour que la résorption ait lieu?

Ici se rapporte un fait bien singulier, qui n'a pas échappé à l'observation attentive de M. Lisfranc. Pendant les trois ou quatre premiers jours qui succèdent à l'opération, les choses ont suivi leur cours ordinaire; la marche décroissante s'arrête tout à coup, et l'état stationnaire persiste pendant quelques jours : on attend, et en moins de vingt-quatre heures la tumeur disparaît presque complétement; mais le lendemain, elle est revenue au même volume, pour disparaître encore le surlendemain, et ainsi successivement, jusqu'à une guérison définitive qu'il n'a pas encore vu manquer au terme ordinaire. Ce phénomène, peu commun, il est vrai, est le même qui s'observe dans certaines bosses sanguines : l'exsudation et la résorption l'emportent alternativement en activité l'une sur l'autre, jusqu'à ce que la diminution de l'irritation rende enfin un avantage définitif à la résorption.

Quand on a pratiqué la ponction et l'injection d'une hydrocèle, il peut arriver que dans les jours qui suivent, l'ouverture faite par le trocart laisse écouler un liquide qui, d'abord sous l'apparence d'une sérosité ordinaire, devient lactescent, puis mêlé de fausses membranes de plus en plus organisées; il n'y a alors qu'à laisser marcher les choses. Mais si, au lieu de cela, c'est du pus qui s'écoule en abondance, si les bourses sont volumineuses, rouges et douloureuses, s'il y a réaction fébrile, si tous les symptômes se sont développés malgré l'emploi des antiphlogistiques, il ne faut plus hésiter à ouvrir largement la tumeur.

Si l'incision était petite, le testicule pourrait, en se tuméfiant, s'engager entre les lèvres de la plaie et faire hernie; si l'on ne se hâtait de débrider largement, on s'exposerait à voir cet organe se frapper de mort dans une plus ou moins grande étendue; mais la petite plaie laissée par le trocart peut s'être cicatrisée; une vésicule se forme sur la tumeur; elle renferme du pus, l'indication est de l'ouvrir; si l'on trouve une collection purulente dans l'intérieur des tuniques, l'on se conduit comme il a été dit; si elle siége simplement sous la peau, on s'en tient là.

Il peut arriver qu'une hydrocèle, prise pour une hernie, ait été repoussée en partie dans l'abdomen, et soit restée adhérente à l'anneau; dans ce cas tout exceptionnel, il faut se borner à la ponction palliative, dans la crainte que l'irritation, provoquée par l'injection ou par l'incision, ne s'étende sur le péritoine.

Quand une hydrocèle existe avec une hernie, faut-il pratiquer la ponction et l'injection, ou bien l'incision de l'hydrocèle? M. Lisfranc préfère cette dernière, et il pense, comme beaucoup de praticiens, qu'elle expose moins à l'inflammation du sac herniaire. Il y a deux ans, un malade affecté d'hydrocèle compliquée de hernie était couché dans la salle St-Antoine, au n. 11; les viscères déplacés pouvaient être parfaitement réduits et maintenus dans l'abdomen; le liquide épanché dans la tunique vaginale n'était pas en trop grande quantité; on pratique la ponction et l'injection suivie sur la tunique vaginale,

d'une inflammation qui n'a rien d'extraordinaire, d'ailleurs. Une péritonite intense se développe; heureusement elle fut enlevée.

A la méthode par ponction et injection, l'on préfère l'incision, avec ou sans l'excision, quand la tumeur a des dimensions considérables et qu'on ne peut pas réduire, quand la tunique vaginale a une consistance cartilagineuse ou osseuse, quoique l'injection ait suffi, exceptionnellement peut-être, à M. Lisfranc, dans un cas où elle était dure comme du cuir; quand l'injection a déjà échoué, encore cette raison ne doit-elle pas être seule à déterminer; car, au commencement de l'année, un malade est sorti de la salle St-Antoine guéri par l'injection, quoiqu'un autre chirurgien eût déjà tenté chez lui ce moyen sans succès.

Le trocart a été plongé dans la tumeur, et il ne sort rien par la canule; on y fait le vide par aspiration au moyen d'une seringue; on y introduit un stylet pour la désobstruer; on la meut dans tous les sens pour déchirer avec sa pointe les cloisons des kystes multiples qui pourraient exister; mais tous les efforts sont infructueux, ou s'il sort un liquide, au lieu de sérosité, c'est une sorte de bouillie, et l'on ne peut vider complétement la tumeur; l'indication est alors d'inciser. Un malade couché dans la salle St-Louis portait une hydrocèle d'un volume ordinaire. La transparence était parfaite. On pratique la ponction, il sort en petite quantité une matière qui se fige à proportion qu'elle se refroidit dans le bassin qui la reçoit; on est obligé d'opérer par incision, et l'on trouve des kystes à loges multiples, ne communiquant pas entre eux, et contenant le liquide dont nous venons de parler.

Quand on pratique l'incision, et qu'elle s'étend seulement jusqu'à la partie inférieure des bourses, les tissus reviennent bientôt sur eux-mêmes, d'autant plus que l'hydrocèle est plus volumineuse, de là un cul-de-sac où le pus s'accumule. M. Lisfranc fait remonter l'incision derrière la tumeur, à un pouce ou deux, pour éviter cet inconvénient. Si elle est très-volumineuse, deux incisions semi-lunaires, réunies par leurs extrémités, circonscrivent sur toute la longueur de son plus grand diamètre un lambeau de tissus qui doit être sacrifié. Les tuniques sont ensuite incisées couche par couche, pour éviter la lésion du testicule et du cordon qui pourraient adhérer en ce point, et la tunique vaginale est ouverte, comme le serait un sac herniaire.

Il est alors facile d'apprécier si une nouvelle quantité de tissus doivent être sacrifiés, et dans quelle étendue leur état peut exiger qu'on en retranche beaucoup avec la précaution de ménager et le cordon et le testicule.

Chez un malade des colonies, après avoir incisé une première poche et réséqué une assez grande quantité de tissus, M. Lisfranc trouva en arrière une tumeur dure et du volume du poing; il crut un instant que c'était le testicule; mais pendant qu'il l'examinait en tout sens, il jaillit du liquide par un très-petit pertuis; jugeant qu'il avait affaire à un second kyste, communiquant avec le premier, il incisa: le testicule était en effet dans son état normal. La dureté de la tumeur tenait à l'état cartilagineux de la poche qui contenait de la sérosité, une nouvelle excision fut faite et la guérison eut lieu.

Chez un autre malade existait une hydrocèle très-volumineuse, dont la consistance dans la plus grande partie de son étendue faisait reconnaître l'existence de larges plaques cartilagineuses. M. Lisfranc employa la méthode mixte par incision et par excision; il trouva encore ici en arrière une grosse tumeur excessivement dure: était-ce le testicule, ou bien une poche cartilagineuse contenant du liquide? impossible de le savoir. M. Lisfranc mit en usage le précepte qu'il suit depuis longtemps; il incisa les tissus lentement couche par couche dans une petite étendue, et il arriva dans une hydrocèle secondaire; s'il eût rencontré le testicule il se serait arrêté. Le malade guérit.

Après les opérations qui viennent de nous occuper, l'hydrosarcocèle, quand le testicule n'est pas trop dégénéré, guérit aussi bien que l'hydrocèle simple, à cela près qu'il reste presque toujours quelque induration de l'épididyme. M. Lisfranc avait enfoncé le trocart dans une hydrocèle; il ne sortit par la canule qu'une petite quantité d'un liquide épais, et le testicule était très-dur, gros comme le poing; l'injection fut commencée néanmoins; mais comme le liquide ne sortit pas en aussi grande quantité qu'il était entré, l'incision fut faite; de nombreuses loges existaient dans la cavité de la tumeur; toutes leurs cloisons furent retranchées, et le testicule mis à nu. Quelques chirurgiens, présents à l'opération, pensaient que cet organe devait être amputé; M. Lisfranc espéra pouvoir le conserver et l'on fit un pansement simple. Pour modérer l'inflammation trop forte qu'avait déterminée l'opération, trente sangsues furent appliquées sur le trajet du cordon testiculaire au-dessus de la plaie; la diète, les boissons émollientes, les lavements et les cataplasmes émollients ramenèrent bientôt l'inflammation au degré nécessaire pour la guérison, le testicule revint à son volume et à sa consistance ordinaires.

Ce fait ne peut surprendre que ceux qui ignorent quels heureux résultats on obtient souvent en greffant une inflammation aiguë sur une affection chronique. Je vais terminer par une seconde observation que M. Lisfranc a rapprochée fort ingénieusement de la première sous ce point de vue.

J'avais, dit-il, commencé l'extirpation d'une tumeur au sein; la malade très-indocile ne voulait me laisser ni achever l'extirpation de sa tumeur, ni en faire la ligature avec le tourniquet cabestan de Mayor de Lausanne, ce qui eût été très-facile, car elle était en grande partie détachée. Je réappliquai les lambeaux dans la pensée que cette femme se déciderait plus tard, ou que la dégénérescence cancéreuse surviendrait. Quels ne furent pas mon étonnement et ma satisfaction, lorsqu'une violente inflammation qui survint ayant été combattue victorieusement par les antiphlogistiques, la tumeur diminua, et un mois après n'existait plus. Mais une opération d'hydrocèle pratiquée sur un sujet qui n'est pas avancé en âge et qui offre d'ailleurs tous les caractères d'une belle santé n'expose-t-elle jamais à un événement funeste? Le fait suivant suffit pour ne pas permettre de répondre par l'affirmative. Un homme jeune encore et très-bien portant en apparence entra il y a deux ans

à l'hôpital de la Pitié portant une hydrocèle ordinaire. On examine avec la plus scrupuleuse attention toutes les grandes cavités; toutes semblent saines; il n'existe aucune communication entre la tunique vaginale et le péritoine; il n'y a pas de hernie. On pratique l'opération par ponction et par injection. Il ne survient rien d'extraordinaire sur les bourses : une péritonite intense se développe; elle résiste à tous les moyens de l'art : le malade succombe le troisième jour, et l'autopsie montre une péritonite aigue entée sur une péritonite chronique latente. On ne trouve des traces de cette dernière que sur un point très-limité de la portion du péritoine situé au-dessus de la branche horizontale du pubis du côté de l'opération.

FIN DU TOME DEUXIÈME.

TABLE

ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE DEUXIÈME VOLUME.

FIN DE LA TABLE.



